JÓVENES POR EL ABORTO SEGURO

guía de capacitación para profesionales de la salud en formación



ISBN: 1-933095-84-9

Producido en Estados Unidos de América.

Börjesson, E., Pedersen, K. y Villa Torres, L. (2015). *Jóvenes por el aborto seguro: guía de capacitación para profesionales de la salud en formación*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas es una organización sin fines de lucro, que trabaja a nivel mundial para incrementar la capacidad de las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, especialmente el derecho al aborto. Nos esforzamos por eliminar el aborto inseguro, así como las muertes y lesiones causadas por éste, y por ampliar el acceso de las mujeres a servicios de atención integral del aborto, incluidos los servicios de anticoncepción e información y servicios relacionados de salud reproductiva. Procuramos fomentar un ambiente jurídico, político y social que apoye los derechos de las mujeres de tomar sus propias decisiones respecto a su salud sexual y reproductiva con libertad y seguridad.

Ipas es una organización sin fines de lucro registrada 501(c)(3). Toda donación a Ipas es desgravable al máximo grado permitido por la ley.

Para mayor información o para donar a Ipas:

Ipas
P.O. Box 9990
Chapel Hill, NC 27515 EE. UU.
1-919-967-7052
info@ipas.org
www.ipas.org

Impreso en papel reciclado

JÓVENES POR EL ABORTO SEGURO:

guía de capacitación para profesionales de la salud en formación

Agradecimientos

La publicación *Jóvenes por el aborto seguro: guía de capacitación para profesionales de la salud en formación* fue redactada por el siguiente personal y consultoras de Ipas:

Evelina Börjesson

Karah Pedersen

Laura Villa Torres

El siguiente personal de Ipas, junto con colegas de la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina (IFMSA) y la Coalición de jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos, revisó la guía y aportó valiosas recomendaciones para su elaboración:

Ipas

Dra. Dalia Brahmi

Dra. Eunice Brookman-Amissah

Jina Dhillon

Cecilia Espinoza

Alyson Hyman

Dra. Alice Mark

Dra. Alison Edelman

Katherine L. Turner

IFMSA

Joe Cherabie

Lyndah Kemunto

Cephas Ke-on Avoka

Joško Miše

Agostinho Emanuel Moreira de Sousa

Jeazul Ponce

Sanam Ladi Seyedian

Dimitris Stathis

Emily Stewart

Kelly Thompson

Daniela Meneses Valle

Coalición de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos

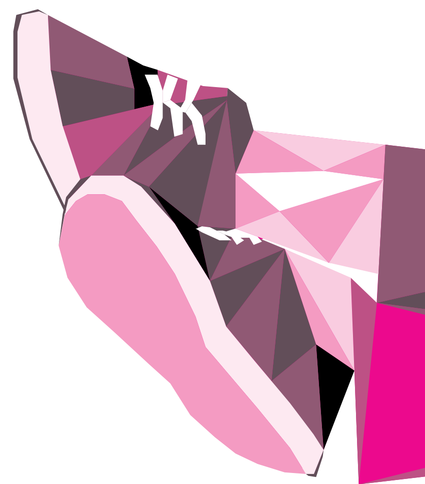
Clara Fok

Rachel Jacobson

Ivens Reis Reyner

Esta guía de capacitación es un proyecto conjunto de Ipas y la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina (IFMSA). Las autoras desean expresar su gratitud a todas las personas que contribuyeron a la elaboración de la guía. Estamos muy agradecidas a los líderes de IFMSA en 2013–14, en particular a Joško Miše y Kelly Thompson, por sus numerosas contribuciones importantes. Lideraron la elaboración de la guía y aportaron valiosas sugerencias durante su elaboración y revisión. Agradecemos también a las y los estudiantes facilitadores que probaron la guía en el campo: Joe Cherabie, Cephas Ke-on Avoka, Jeazul Ponce, Dimitris Stathis, Emily Stewart y Kelly Thompson.

Índice



INTRODUCCIÓN
a la guía



Ilustración de foto:
foto original michaeljung/iStock/Thinkstock

Acerca de la guía

VISIÓN GENERAL Y BIENVENIDA

La publicación *Jóvenes por el aborto seguro: guía de capacitación para profesionales de la salud en formación* fue elaborada de manera conjunta por Ipas y la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina (IFMSA). Ipas es una organización no gubernamental internacional dedicada a poner fin a evitables muertes y discapacidades a causa del aborto inseguro. IFMSA es una organización no gubernamental internacional dirigida por estudiantes de medicina dedicados a unir, apoyar y desarrollar capacidad entre sus integrantes, con el fin de tener un impacto positivo en asuntos de salud mundial. Inicialmente elaboramos esta guía como un recurso para estudiantes de medicina que desean conocer más acerca de asuntos relacionados con el aborto y participar más al respecto, y ahora ampliamos el enfoque de la guía a todos los profesionales de la salud en formación, incluidos estudiantes de enfermería, partería, farmacología, salud pública y otros campos relacionados. Si usted está aprendiendo sobre aborto por primera vez, ¡le damos una bienvenida extra calurosa! El aborto es un área crítica, pero a menudo olvidada de los derechos de las mujeres, salud de las mujeres y en la educación en ciencias de la salud. Esperamos que la información en la guía le resulte valiosa. La guía también proporciona a facilitadores con experiencia los recursos, herramientas y orientación necesarios para facilitar talleres sobre aborto de manera eficaz. Si usted no puede facilitar los talleres, trate de identificar a alguien que pueda hacerlo en su facultad o por medio de una asociación de estudiantes. En los talleres, cada participante adquirirá conocimientos y habilidades para tomar acción a favor del aborto seguro.

ÁREAS DE ENFOQUE

Con el fin de preparar adecuadamente a profesionales de la salud en formación para que tomen acción a favor del aborto seguro, la guía aborda el aborto de manera integral y por medio de los marcos de derechos humanos, leyes y salud pública. Trata temas tales como los derechos sexuales y reproductivos; género y aborto; leyes y políticas nacionales referentes al aborto; barreras a los servicios de aborto seguro y estrategias para abordarlas; y servicios de atención integral del aborto (AIA) centrada en la mujer. Además, proporciona información sobre estrategias para ampliar

el acceso a los servicios de aborto seguro por medio del *advocacy*, educación de pares y acompañamiento durante el aborto.

El módulo sobre la AIA ofrece una visión general de la información clínica; sin embargo, **no tiene como objetivo preparar a estudiantes para la prestación de servicios de aborto**. Las y los estudiantes interesados en desarrollar habilidades clínicas pueden comunicarse con Ipas para obtener información sobre programas de capacitación de pregrado a nivel nacional. Estudiantes de Medicina por el Derecho a Decidir *(Medical Students for Choice)* ofrece a estudiantes de medicina otro medio para obtener capacitación clínica en la prestación de servicios de aborto, ver www.Msfc.org.

ESTRUCTURA

La guía consiste en cinco módulos de aprendizaje, un glosario y referencias bibliográficas. Los módulos 1 a 4 desarrollan conocimientos sobre el aborto, y el Módulo 5 desarrolla habilidades para *advocacy*, educación de pares y acompañamiento. Cada módulo comienza identificando los *objetivos de aprendizaje, principales recursos y recursos complementarios* relacionados específicamente con el contenido del módulo. Se proporcionan enlaces para todos los recursos mencionados. La narración del módulo ofrece información basada en evidencia sobre los temas del módulo. Es seguida de una hoja para distribuir a las personas participantes y actividades con herramientas e instrucciones detalladas para facilitadores. Las actividades están diseñadas para cumplir con los objetivos de aprendizaje del módulo y desarrollar conocimientos y habilidades de manera eficaz. Cada módulo termina con una actividad recomendada sobre la aclaración de valores para la transformación de actitudes respecto al aborto, seleccionada por su relevancia para ese módulo. Cada módulo es acompañado por diapositivas de presentación para asistir en la preparación de cada facilitador/a y ejecución de los talleres de capacitación. Las versiones imprimibles de todos los materiales y presentaciones están disponibles en la memoria USB que acompaña esta guía, así como en www.ipas.org/jovenesabortoseguro.

LENGUAJE Y TERMINOLOGÍA

En la guía, utilizamos el término 'mujer' para referirnos a una persona que es biológicamente mujer y en edad reproductiva. Afirmamos que algunas personas que buscan servicios de aborto no se identifican como mujeres. Sus necesidades y preferencias

deben ser comprendidas, respetadas y atendidas. Los programas, servicios y recursos relacionados con el aborto deben utilizar un lenguaje que sea inclusivo y cuestione los estereotipos de género perjudiciales. Cuando la evidencia se aplica a un grupo de edad específico, o cuando existen consideraciones especiales u orientación, también utilizamos los términos 'adolescente' o 'mujer joven'. Las adolescentes son personas entre 10 y 19 años de edad. Las jóvenes son personas entre 10 y 24 años de edad.

PROCESO DE ELABORACIÓN

Revisamos la evidencia actual y materiales de capacitación sobre aborto, así como las recomendaciones de un informe programático sobre el trabajo de Ipas con estudiantes de ciencias de la salud, desde el año 2000 hasta el 2013. Desde enero de 2013 hasta enero de 2014, la primera versión de la guía fue probada en el campo en tres continentes: en una Capacitación de Capacitadores dirigida por Ipas en Carolina del Norte, y en tres talleres regionales dirigidos por IFMSA en África subsahariana, el Oriente Medio, África septentrional y las Américas. Después de los talleres, las y los estudiantes facilitadores enviaron a Ipas su retroalimentación por escrito sobre la guía. En febrero de 2014, el personal de Ipas dirigió una reunión de evaluación con las y los estudiantes facilitadores para conocer más acerca de sus experiencias utilizando la guía y para aclarar algunas de sus sugerencias por escrito. Las perspectivas del personal de Ipas, estudiantes de medicina y jóvenes líderes a nivel mundial—expresadas en el susodicho informe programático, reunión de evaluación, retroalimentación por escrito e innumerables comunicaciones personales—informaron la versión final de la guía.

Conéctese y aprenda con Ipas

Ipas en los medios sociales de comunicación: Usted puede conectarse e interactuar con Ipas por medio de diversos medios sociales de comunicación. El mejor lugar para empezar es visitando www.ipas.org.
O visite:

Facebook: www.ipas.org/facebook

Twitter:
@IpasOrg
@IpasLatina
@IpasYouth

YouTube: www.ipas.org/youtube

Tumblr: ipasorg.tumblr.com

Actualizaciones de Ipas: Visite www.ipas.org/subscribe para suscribirse para recibir actualizaciones electrónicas periódicas de Ipas sobre las últimas noticias de Ipas e investigaciones y recursos relacionados con el aborto seguro.

Recursos clínicos: Para conocer más acerca de la prestación de servicios de aborto y atención clínica, recomendamos los siguientes recursos de Ipas: *Guía de estudio sobre el aborto con medicamentos* (2014), *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia* (2014) y *La atención integral postaborto centrada en la mujer: manual de referencia* (2014). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva* es una publicación anual que ofrece recomendaciones actualizadas, basadas en evidencia y protocolos clínicos. Los recursos clínicos pueden bajarse del sitio web de Ipas: www.ipas.org.

Recursos sobre aclaración de valores para la transformación de actitudes (AVTA) respecto al aborto: Ipas tiene varios recursos de AVTA, tales como: *Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales* (Turner y Page, 2009) y *Transformación de actitudes respecto al aborto: Actividades de aclaración de valores adaptadas para las mujeres jóvenes* (McSmith et al., 2012). Los recursos de AVTA pueden bajarse del sitio web de Ipas: www.ipas.org.

Universidad de Ipas: IpasU ofrece a profesionales en salud reproductiva cursos gratuitos, en línea, a petición sobre servicios de aborto seguro y atención postaborto. Estos cursos pueden utilizarse para el aprendizaje autodirigido o como el componente en línea de un modelo de aprendizaje combinado. Cada capacitador/a también puede utilizar videos u otros materiales insertados durante sus talleres. Para ver el catálogo de cursos de la Universidad de Ipas, visite www.ipas.org; para inscribirse y tomar cursos, visite www.IpasU.org.

Cómo utilizar la guía para talleres

AGENDA

La publicación *Jóvenes por el aborto seguro: guía de capacitación para profesionales de la salud en formación* puede ser implementada como un taller de tres días de duración. Para ayudar a los facilitadores, se proporciona un ejemplo de la agenda en las herramientas para talleres. El ejemplo de la agenda abarca todos los módulos y actividades en la guía. Además, incluye actividades recomendadas de aclaración de valores para la transformación de actitudes (AVTA). Los módulos fueron diseñados para ser utilizados en el orden en que aparecen en esta guía de capacitación. También pueden utilizarse por separado para satisfacer necesidades específicas de programas o capacitación. Cuando se utilice un solo módulo o algunos de los módulos, es vital asegurar que cada participante tenga los conocimientos necesarios de los módulos anteriores, ya que cada módulo se basa en los módulos anteriores. En las herramientas para talleres se incluye un 'Cuestionario para participantes antes del taller', y el/la facilitador/a puede pedir que cada participante lo conteste con bastante antelación al taller. Las respuestas de las personas participantes pueden proporcionar valiosa información al equipo de facilitación y ayudarle a elaborar la agenda de manera que responda a los intereses y necesidades de cada participante.

META

La meta del taller es desarrollar la capacidad de cada participante y su compromiso para tomar acción a favor del aborto seguro. Los objetivos pueden variar de acuerdo a la agenda y las actividades incluidas. La herramienta para el taller titulada "Elaborando la agenda para el taller' contiene una lista completa de los objetivos de aprendizaje en la guía, la cual cada facilitador/a puede utilizar o adaptar según sea necesario.

ADAPTACIONES

La información en la guía es aplicable en la mayoría de los ámbitos. Le aconsejamos al equipo de facilitación que identifique cuáles actividades y herramientas pueden ser adaptadas para que sean más apropiadas para su ámbito específico, y pertinentes para las personas participantes. Antes de adaptar el contenido,

el equipo de facilitación posiblemente necesite reunir información sobre las leyes y políticas locales relacionadas con el aborto, prácticas de prestación de servicios, barreras al acceso y otras consideraciones. Las adaptaciones también pueden incluir traducir las hojas para distribución y herramientas a otros idiomas para responder a las necesidades y preferencias lingüísticas de las personas participantes.

Cómo utilizar la guía con otras audiencias

Esta guía puede ser adaptada fácilmente para otras audiencias. Inicialmente la guía fue elaborada para estudiantes de medicina, pero intencionalmente utilizamos el término "profesionales de la salud en formación" a lo largo de toda la guía para incluir a estudiantes en ciencias de la salud, tales como enfermería, partería, farmacología o salud pública. Posiblemente sea necesario realizar modificaciones menores a la guía para dar énfasis a un campo de estudio específico o para utilizar la guía con otros profesionales de la salud. Por ejemplo, tal vez sea necesario modificar las preguntas de discusión para reflejar mejor el(los) campo(s) de estudio que representan las personas participantes o cambiar temas en los casos de estudio para incluir a otros profesionales de la salud, según corresponda. Si usted desea utilizar la guía con estudiantes que no son de ciencias de la salud, posiblemente sea necesario realizar adaptaciones más integrales para responder adecuadamente a los intereses y necesidades de las personas participantes. Por ejemplo, quizás sea necesario modificar los casos de estudio para destacar el importante rol que desempeñan otros profesionales para ampliar el acceso a los servicios de aborto seguro.

EQUIPO DE FACILITACIÓN

La guía está destinada a ser utilizada por facilitadoras y facilitadores con formación integral en salud y derechos sexuales y reproductivos y experiencia planificando y facilitando talleres. Deben tener conocimientos del tema de aborto y sentirse cómodos al respecto. La guía no fue diseñada para la capacitación de capacitadores, y no desarrolla habilidades básicas para la facilitación.

Aconsejamos a cada facilitador/a que haga lo siguiente para prepararse adecuadamente para los talleres:

- Estudie las descripciones de los módulos, y vuelva a leerlas justo antes de cada taller;
- Revise las diapositivas para las presentaciones, incluidas las secciones de notas;
- Lea o vea todos los principales recursos (mencionados al principio de cada módulo);

- Familiarícese con todos o algunos de los recursos suplementarios;
- Revise todas las instrucciones y herramientas para las actividades;
- Imprima todas las herramientas para los talleres y las actividades. Recuerde, todo material imprimible está identificado claramente en la memoria USB en www.ipas.org/jovenesabortoseguro;
- Practique facilitando todas las actividades pertinentes antes del taller (quizás con amistades u otros facilitadores).

SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

Para poder participar de manera significativa en el taller, cada participante debe haber recibido capacitación en salud y derechos sexuales y reproductivos. Otra opción es agregar contenido a la agenda *antes* de iniciar los módulos en esta guía de capacitación para desarrollar los conocimientos básicos necesarios sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Además, cada participante debe mostrar interés en aclarar sus valores personales relacionados con el aborto y en conocer más acerca del aborto. La selección de participantes basada en estos criterios es crucial para llevar a cabo un taller eficaz y obtener resultados positivos. El equipo de facilitación puede pedirle a cada posible participante que envíe una carta de motivación en la cual explique concisamente por qué desea participar en el taller.

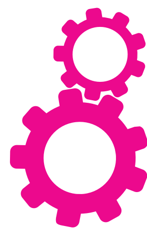
NÚMERO DE PARTICIPANTES

Las actividades presentadas en esta guía fueron diseñadas o seleccionadas para un cronograma basado en un número promedio de 20 a 24 participantes. Un menor número de participantes podría reducir el tiempo que lleva realizar las actividades. En cambio, un mayor número de participantes podría incrementar el tiempo que lleva realizar las actividades, así como tener un impacto negativo en la calidad del taller. Por ejemplo, las posibilidades de que todas las personas participantes tengan la oportunidad de participar al máximo en las actividades y discusiones podrían verse limitadas.

TEST Y EVALUACIÓN

En las herramientas para talleres se incluye un 'Test pre y post taller' que puede utilizarse para evaluar los conocimientos y actitudes de cada participante con relación al aborto, y para discernir cambios desde el principio hasta el final del taller. Aconsejamos que el equipo de facilitación revise el test antes de cada taller y lo adapte para reflejar correctamente el contenido que será tratado en ese taller específico. En las herramientas para talleres también se incluye un 'Formulario para la evaluación del taller, el cual está diseñado para medir la satisfacción de cada participante en relación con los objetivos del taller y reunir sugerencias para mejorar.

¡Gracias por utilizar la guía!



HERRAMIENTAS PARA EL TALLER

I. Elaborando la agenda para el taller

II. Cuestionario para participantes antes del taller

III. Test pre y post taller

IV. Test pre y post taller: clave para el/la facilitador/a

V. Formulario para la evaluación del taller.

I ELABORANDO LA AGENDA PARA EL TALLER

Jóvenes por el aborto seguro: guía de capacitación para profesionales de la salud en formación consiste en cinco módulos. Cada módulo contiene de dos a cuatro actividades diseñadas para cumplir con los objetivos de aprendizaje del módulo y desarrollar eficazmente los conocimientos y habilidades de cada participante. En la medida de lo posible, le aconsejamos incluir en la agenda para el taller todas las actividades en su orden actual. Cada módulo tiene una actividad de AVTA recomendada, la cual fue elegida por su relevancia para el contenido de ese módulo.

Sugerimos asignar tiempo en la agenda para una introducción al taller, que incluya una declaración de bienvenida, presentaciones de las personas participantes, un ejercicio rompehielo y la encuesta antes del taller. Además, sugerimos asignar tiempo para los comentarios de cierre del taller, la encuesta después del taller, la evaluación del taller y los certificados de participación. Puede hacer la introducción y el cierre más largos o cortos que lo que sugerimos a continuación, según sus necesidades y el tiempo disponible.

Recuerde incluir en la agenda suficiente tiempo para el almuerzo, recesos y actividades de animación, acorde a las necesidades de las y los participantes. No se reflejan en la Tabla 1.

La importancia de aclarar los valores

Cada participante debe tener oportunidades de aclarar sus valores respecto al aborto en las etapas iniciales del taller. AVTA es una intervención basada en evidencia, en la cual facilitadoras y facilitadores capacitados apoyan a las personas participantes para que cuestionen supuestos arraigados acerca del aborto, descubran o posiblemente transformen sus valores, y expresen sus intenciones de actuar de una manera que concuerde con sus valores afirmados (Turner et al., 2013). El propósito es dirigir a las personas participantes hacia la aceptación, apoyo y defensa del aborto seguro. Si hay poco espacio en la agenda, recomendamos que dé prioridad a las actividades de AVTA en los Módulos 1 a 3 antes que las personas participantes conozcan más sobre la atención integral del aborto (Módulo 4) y desarrollen habilidades para la defensa del aborto, educación de pares y acompañamiento (Módulo 5).

TABLA I: Visión general de los módulos y el tiempo asignado a estos en el ejemplo de la agenda

Módulo	Tiempo para las actividades de los módulos	Tiempo para las actividades de AVTA
Introducción al taller	2 horas	—
1: Introducción al aborto	2 horas	1 hora
2. Derechos humanos, género y aborto	2 horas y 30 minutos	45 minutos
3: Barreras al aborto seguro y estrategias para abordarlas	3 horas	45 minutos
4. Atención integral del aborto	1 hora y 30 minutos	—
5. Jóvenes por el aborto seguro	5 horas y 15 minutos	—
Cierre del taller	2 horas	—
	18 horas y 15 minutos	**2 horas y 30 minutos**

EJEMPLO DE LA AGENDA PARA PARTICIPANTES

Jóvenes por el aborto seguro: taller para profesionales de la salud en formación

[Tiempo, lugar]

Meta: Desarrollar la capacidad y el compromiso de cada participante para tomar acción a favor del aborto seguro.

Objetivos: Al final del taller, cada participante podrá:

- Demostrar mayor respeto por las mujeres que buscan servicios de aborto y apoyo por los derechos de aborto;
- Expresar cómo sus percepciones y actitudes personales podrían afectar su trabajo relacionado con el aborto;
- Describir cómo el aborto inseguro afecta a las mujeres y a las sociedades;
- Expresar cómo los derechos humanos apoyan el acceso a los servicios de aborto seguro;
- Describir la relación entre discriminación de género y aborto;
- Explicar cómo los hombres pueden afectar las experiencias de las mujeres con el aborto;
- Describir las diferentes barreras que afectan el acceso de las mujeres y adolescentes a los servicios de aborto seguro;
- Identificar diferentes estrategias para mejorar el acceso a los servicios de aborto seguro, y explicar cuáles de estas estrategias pueden ser aplicadas exitosamente por profesionales de la salud en formación;
- Describir los elementos esenciales de la atención integral del aborto centrada en la mujer, que incluye consejería y métodos seguros para realizar el aborto;
- Describir ejemplos de cómo profesionales de la salud en formación pueden abogar por el aborto seguro, y formular mensajes de promoción y defensa de los servicios de aborto seguro;
- Explicar qué consideraciones deben tenerse en cuenta al impartir educación de pares sobre aborto;
- Mencionar los componentes comunes del acompañamiento durante el aborto y explicar cómo estos ayudan a las mujeres a superar las barreras a los servicios de aborto seguro.

8:30	INICIO DEL DÍA 1	INICIO DEL DÍA 2	INICIO DEL DÍA 3	8:30
8:45	Bienvenida *(15 min)*	Ejercicio rompehielo *(15 min)*	Ejercicio rompehielo *(15 min)*	8:45
9:00	Objetivos y agenda del taller *(15 min)*	**AVTA 2:** ¿Por qué murió ella? *(45 min)*	5: Jóvenes por el aborto seguro	**9:00**
9:15	Normas del grupo y logística *(15 min)*		**ACTIVIDAD 5.A:** ¡Un llamado a la acción! *(30 min)*	9:15
9:30	Presentaciones *(15 min)*			9:30
9:45	Ejercicio rompehielo *(15 min)*	**ACTIVIDAD 2.C:** Aborto como asunto de hombres *(45 min)*	**ACTIVIDAD 5.B:** Perspectivas y mensajes de *advocacy* *(1 hora y 15 min)*	9:45
10:00	Test antes del taller *(30 min)*			**10:00**
10:15				10:15
10:30	Receso	Receso		10:30
10:45	1: Introducción al aborto*	3: Barreras y estrategias		10:45
11:00	**ACTIVIDAD 1.A:** Motivos *(45 min)*	**ACTIVIDAD 3.A:** Entendiendo las leyes y políticas nacionales referentes al aborto *(1 hora y 15 min)*	Receso	**11:00**
11:15			**ACTIVIDAD 5.C:** Educación de pares sobre aborto *(1 hora y 15 min)*	11:15
11:30				11:30
11:45				11:45
12:00	**AVTA 1:** Las cuatro esquinas *(1 hora)*			**12:00**
12:15		**AVTA 3:** El último aborto *(45 min)*		12:15
12:30			**ACTIVIDAD 5.D (PARTE I):** Apoyando a las mujeres durante sus experiencias con el aborto: acompañamiento *(45 min)*	12:30
12:45				12:45
13:00	Almuerzo	Almuerzo		**13:00**
13:15			Almuerzo	13:15
13:30				13:30
13:45				13:45
14:00	**ACTIVIDAD 1.B:** Una nueva perspectiva sobre el aborto *(30 min)*	**ACTIVIDAD 3.B (PARTE I):** La búsqueda de servicios de aborto seguro: barreras *(45 min)*		**14:00**
14:15			**ACTIVIDAD 5.D (PARTE II):** Apoyando a las mujeres durante sus experiencias con el aborto: consejería de pares *(1 hora y 30 min)*	14:15
14:30				14:30
14:45	**ACTIVIDAD 1.C:** Aborto y yo *(45 min)*	**ACTIVIDAD 3.B (PARTE II):** La búsqueda de servicios de aborto seguro: estrategias *(1 hora)*		14:45
15:00				**15:00**
15:15				15:15
15:30	Receso			15:30
15:45	2: Derechos humanos, género y aborto	Receso	Receso	15:45
16:00	**ACTIVIDAD 2.A:** Acceso negado, derechos humanos y aborto *(45 min)*	4: Atención integral del aborto	Revisar las declaraciones de la Actividad 1.B y los carteles de la Actividad 1.C *(30 min)*	**16:00**
16:15		**ACTIVIDAD 4.A:** Crucigrama sobre atención integral del aborto *(1 hora)*		16:15
16:30			Test después del taller *(30 min)*	16:30
16:45	**ACTIVIDAD 2.B:** Género y aborto *(1 hora)*			16:45
17:00			Discutir el test después del taller *(15 min)*	**17:00**
17:15		**ACTIVIDAD 4.B:** ¿Por qué soy prestador/a de servicios de aborto? *(30 min)*	Evaluación del taller *(15 min)*	17:15
17:30			Comentarios de cierre *(15 min)*	17:30
17:45	Evaluación diaria *(15 min)*	Evaluación diaria *(15 min)*	Certificados y foto del grupo *(15 min)*	17:45
18:00	Final del Día 1	Final del Día 2	Final del taller	**18:00**

* Cada módulo comienza con 15 minutos para que el/la facilitador/a presente el módulo, los objetivos de aprendizaje y las actividades.

II CUESTIONARIO PARA PARTICIPANTES ANTES DEL TALLER

Este cuestionario invita a las personas participantes o posibles participantes a reflexionar sobre por qué quieren participar en *Jóvenes por el aborto seguro: taller para profesionales de la salud en formación*. Ofrece valiosa información para el equipo de facilitación sobre las actitudes, conocimientos y compromisos de cada participante relacionados con asuntos de aborto. El equipo de facilitación puede aplicar esta información para elaborar los objetivos y la agenda del taller acorde a las necesidades e intereses de las personas participantes.

INSTRUCCIONES PARA EL/LA FACILITADOR/A:

1. Revise el cuestionario y adáptelo adecuadamente a su contexto, si es necesario. Recuerde que el proceso de adaptación puede incluir traducir el cuestionario a otros idiomas.

2. Comparta el cuestionario con las personas participantes en un formato que les resulte fácil de acceder—por ejemplo, por correo electrónico—y pídales que le envíen el cuestionario contestado para una fecha límite. Recomendamos que esta fecha sea con bastante antelación al taller para que usted pueda considerar las respuestas de cada participante durante la elaboración de la agenda y los objetivos.

3. Cuando reciba las respuestas, revíselas cuidadosamente. Sería conveniente anotar las actitudes y conocimientos relacionados con el aborto que expresaron las personas participantes y considerarlos en el contexto de la agenda y los objetivos del taller. Por ejemplo, si varias personas expresan actitudes conservadoras relacionadas con el aborto, quizás sea necesario incluir en la agenda más actividades de aclaración de valores y transformación de actitudes.

4. Escriba las expectativas que tienen las personas participantes del taller. Identifique cuáles serán abordadas en el taller y cuáles no. Al comunicar esto claramente al grupo de participantes al inicio del taller, usted les ayuda a tener una idea clara de qué adquirirán durante el taller. Es importante que cada participante entienda bien qué será y qué no será abarcado durante el taller.

5. Si alguien expresa inquietudes respecto a participar en el taller, usted puede trabajar individualmente con esa persona para determinar si debe o no participar.

CUESTIONARIO PARA PARTICIPANTES ANTES DEL TALLER

Este cuestionario le invita a reflexionar sobre por qué quiere participar en *Jóvenes por el aborto seguro: taller para profesionales de la salud en formación*. Sus respuestas ofrecerán valiosa información para el equipo de facilitación y le ayudarán a preparar mejor el taller para atender sus intereses y necesidades.

Instrucciones: Por favor proporcione respuestas cortas (utilizando menos de 200 palabras por pregunta) a las preguntas 1 a 8 a continuación. Esto no es un examen y no hay respuestas incorrectas. Sus respuestas son confidenciales y no serán compartidas con nadie más que el equipo de facilitación.

1. ¿Qué significan los derechos sexuales y reproductivos para usted?

2. ¿Cuáles son sus creencias respecto al derecho de las mujeres a obtener servicios de aborto seguro?

3. ¿Por qué desea usted participar en el taller?

4. ¿Qué formación o experiencia relacionada con el aborto tiene usted?

INTRODUCCIÓN

5. ¿Qué conocimientos y habilidades prevé usted adquirir en el taller?

6. ¿Qué temas específicos relacionados con el aborto le gustaría conocer durante el taller?

7. ¿Tiene usted inquietudes por participar en el taller? ¿Cuáles son?

8. Por favor agregue otros comentarios o preguntas que tenga acerca del taller.

¡Gracias!

El equipo de facilitación



INTRODUCCIÓN

III TEST PRE Y POST TALLER

Por favor conteste las preguntas en este test lo mejor que pueda, según sus conocimientos y creencias en estos momentos. Realizará esta asignación dos veces: la primera al inicio del taller y la segunda al final. No hay ninguna implicación para usted basada en los resultados de este test. El propósito es informar al equipo de facilitación qué tan bien les va con su objetivo de que usted amplíe sus conocimientos y habilidades en el taller. Posiblemente utilicen los resultados del test para mejorar el taller o para realizar las actividades de investigación.

Por favor **no** escriba su nombre en este test. Usted creará un identificador único que le permitirá al equipo de facilitación encontrar sus respuestas al test antes y después del taller, a la vez que mantiene su confidencialidad. Antes de iniciar el test, por favor llene la siguiente tabla para crear su identificador único. Recuerde proporcionar los mismos datos en el test pre y post taller, de manera que el equipo de facilitación pueda comparar sus respuestas.

MI IDENTIFICADOR ÚNICO:

	Número de hermanas	Mes de cumpleaños	Últimos tres dígitos de su número de teléfono
Ejemplo	0	Junio	749
Sus datos			



INTRODUCCIÓN

Parte I: Por favor lea cada pregunta y escriba la respuesta basándose en sus conocimientos y creencias en estos momentos.

1. Describa las características clave por las cuales el aborto es seguro.

2. ¿De qué manera los diferentes derechos humanos apoyan el acceso de las mujeres a los servicios de aborto seguro?

3. ¿De qué manera la discriminación y desigualdad de género contribuyen al aborto inseguro?



4. Describa dos ejemplos de cómo profesionales de la salud en formación pueden abordar las barreras al aborto seguro.



INTRODUCCIÓN

Parte II: Por favor lea las siguientes declaraciones. Para cada declaración, indique el nivel en que usted está de acuerdo o en desacuerdo con la misma utilizando las siguientes opciones: 1) totalmente de acuerdo; 2) de acuerdo; 3) neutral; 4) en desacuerdo; o 5) totalmente en desacuerdo. Por favor conteste de la manera más sincera posible.

Declaración	1. Totalmente de acuerdo	2. De acuerdo	3. Neutral	4. En desacuerdo	5. Totalmente en desacuerdo
1. Tengo los conocimientos para explicar cómo el aborto inseguro afecta negativamente a las mujeres y sociedades.					
2. Creo que todas las mujeres, independientemente de su etnia, religión, estado civil o edad, deberían poder obtener servicios de aborto seguro.					
3. Tengo los conocimientos para explicar varias estrategias para abordar las barreras que las mujeres enfrentan cuando buscan servicios de aborto seguro.					
4. Creo que una mujer que desea interrumpir su embarazo debe consultar a un hombre primero (por ejemplo: su esposo, pareja sexual, padre o hermano).					
5. Creo que requisitos jurídicos especiales son necesarios para adolescentes que buscan servicios de aborto, ya que ellas no pueden tomar decisiones por sí mismas.					
6. Creo que una mujer debería poder decidir qué método de aborto utilizar si reúne los criterios médicos de elegibilidad para utilizar más de un método.					
7. Siento empatía por las mujeres que necesitan y buscan un aborto.					
8. Me siento empoderada/o para abogar por el aborto seguro, ya sea en mi asociación de estudiantes, escuela o comunidad.					
9. Creo que el aborto es un tema difícil que no puede incluirse en programas de educación de pares sobre salud y derechos sexuales y reproductivos.					
10. Creo que es probable que yo proporcione servicios de aborto seguro en el futuro, o que refiera a las mujeres a servicios seguros.					

IV TEST PRE Y POST TALLER: CLAVE PARA EL/LA FACILITADOR/A

Parte I: Existen muchas maneras diferentes de contestar las preguntas en la Parte I del test pre y post taller, y es probable que usted obtenga el mismo número de respuestas únicas que participantes. La información a continuación tiene como objetivo ayudar al equipo de facilitación a evaluar la precisión de las respuestas de las personas participantes. También puede remitirse a las descripciones de los módulos y a los recursos centrales y suplementarios.

Recuerde discutir las respuestas con las personas participantes después del test post taller.

1. **Describa las características clave por las cuales el aborto es seguro.**

   "El aborto es seguro cuando es realizado por personas con la capacidad y habilidades necesarias, y en un entorno que cumple con un estándar médico mínimo. El aborto inseguro es un procedimiento realizado por personas que carecen de la capacidad y habilidades necesarias, en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos". (Módulo 1)

   Cada participante puede mencionar los métodos de aborto que son seguros y eficaces. Por ejemplo: la aspiración manual endouterina y el aborto con medicamentos en el primer trimestre; la dilatación y evacuación y el aborto con medicamentos en el segundo trimestre.

   Las personas participantes pueden discutir las barreras que afectan cuán seguras se sienten las mujeres obteniendo servicios de aborto, tales como actitudes prejuiciosas del personal de salud, falta de privacidad y confidencialidad, y otros asuntos relacionados con la calidad de la atención brindada.

2. **¿De qué manera los diferentes derechos humanos apoyan el acceso de las mujeres a los servicios de aborto seguro?**

   La Tabla 2.1 'Derechos humanos y aborto' ofrece una lista completa de los derechos humanos y cómo interpretar cada uno con relación al aborto. Por favor remítase a esta tabla para evaluar la respuesta de cada participante a esta pregunta.

INTRODUCCIÓN

Las personas participantes pueden enumerar ejemplos de conferencias y acuerdos internacionales y regionales de derechos humanos que mencionan el aborto específicamente. Por ejemplo: el Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de las mujeres en África (el Protocolo de Maputo).

Cada participante puede discutir casos en los que a las mujeres se les negó un aborto seguro y las cortes de derechos humanos determinaron que los derechos humanos de las mujeres fueron violados.

3. ¿De qué manera la discriminación y desigualdad de género contribuyen al aborto inseguro?

La discriminación de género aumenta el riesgo de embarazo no intencional: *"La condición subordinada de las mujeres puede afectar su capacidad para tomar y aplicar decisiones sobre las relaciones y la maternidad, tal como si tener o no hijos y si usar o no un método anticonceptivo. Por lo general, las mujeres tienen menos poder y control que los hombres en cuanto al momento de tener relaciones sexuales y el tipo de relaciones sexuales que tienen, y muchas mujeres tienen embarazos no intencionales producto de la violencia sexual"*. (Módulo 3)

A menudo las mujeres experimentan desigualdad de acceso a información, educación y recursos: "*La falta de información puede dejar a las mujeres sin el conocimiento de que el aborto seguro y legal es una opción. Con limitada agencia y control de los bienes económicos, puede resultar difícil obtener servicios de aborto seguro"*. (Módulo 3)

Las mujeres a menudo tienen una posición social más baja que los hombres y/u otros miembros de su familia. Posiblemente teman sufrir repercusiones de su familia y segregación social si buscan servicios de aborto seguro: *"Si una mujer teme que su familia controle la decisión de que ella continúe o interrumpa su embarazo y no respete sus deseos, es posible que ella busque un aborto inseguro en secreto. En algunos países, las mujeres casadas necesitan la autorización del cónyuge para obtener servicios de aborto seguro".* (Módulo 3)

Las personas participantes pueden discutir cómo el ideal social de la condición de mujer a menudo es equiparado con

la maternidad, con ejemplos tales como que la sexualidad de la mujer es aceptada exclusivamente para la procreación; se espera que todas las mujeres deseen ser madres; y las mujeres no son consideradas “mujeres de verdad” hasta que tienen hijos.

4. **Describa dos ejemplos de cómo profesionales de la salud en formación pueden abordar las barreras al aborto seguro.**

Cada participante puede describir diferentes estrategias para abordar las barreras al aborto seguro, como se presentan en la Tabla 3.1 ‘Ejemplos de estrategias para abordar las barreras a los servicios de aborto seguro’. Además, pueden describir las estrategias abarcadas en el Módulo 5, tales como *advocacy*, educación de pares y acompañamiento, y cómo profesionales de la salud en formación pueden apoyar a las mujeres durante sus experiencias de aborto. Por ejemplo:

Abogar por el aborto seguro tiene como objetivo promover la salud y derechos de las mujeres al mejorar su acceso a información basada en evidencia y servicios de calidad. *“Como promotores del aborto seguro, profesionales de la salud en formación pueden crear mayor conciencia de las leyes y políticas vigentes referentes al aborto, y reunir apoyo para la reforma de las leyes y políticas relacionadas con el aborto entre organizaciones de profesionales, formuladores de políticas y comunidades. Pueden corregir los mitos e información incorrecta que oigan sobre el aborto en su diario vivir. Además, las y los profesionales de la salud en formación pueden mejorar el acceso a la información sobre aborto seguro en sus escuelas. Esto puede implicar analizar los materiales disponibles, liderar oportunidades de capacitación para otros estudiantes, identificar mentores para profesionales de la salud, hacer arreglos para observaciones clínicas de los servicios de aborto, y trabajar para reformar el currículo escolar y la formación en residencia”*. (Módulo 5)

“La educación de pares puede incrementar los conocimientos y habilidades relacionados con el aborto seguro entre las personas jóvenes. Consideraciones especiales, tales como una estrategia de evaluación y reducción de riesgos, pueden ser apropiadas cuando se imparte educación de pares sobre aborto. Cada educador/a debe recibir capacitación adecuada sobre aborto y mentoría, y trabajar en colaboración con otros promotores”. (Módulo 5)

Parte II: No hay necesariamente respuestas correctas para la Parte II del test pre y post taller. Lo ideal sería ver cambios positivos en los conocimientos, creencias y actitudes de las personas participantes como resultado del taller de capacitación. La posición de las X a continuación indica más conocimientos, creencias y actitudes positivos. Cuando usted discuta el test post taller, puede informar al grupo de participantes qué respuestas indican un mayor nivel de comodidad.

Declaración	1. Totalmente de acuerdo	2. De acuerdo	3. Neutral	4. En desacuerdo	5. Totalmente en desacuerdo
1. Tengo los conocimientos para explicar cómo el aborto inseguro afecta negativamente a las mujeres y sociedades.	×	×			
2. Creo que todas las mujeres, independientemente de su etnia, religión, estado civil o edad, deberían poder obtener servicios de aborto seguro.	×	×			
3. Tengo los conocimientos para explicar varias estrategias para abordar las barreras que las mujeres enfrentan cuando buscan servicios de aborto seguro.	×	×			
4. Creo que una mujer que desea interrumpir su embarazo debe consultar a un hombre primero (por ejemplo: su esposo, pareja sexual, padre o hermano).				×	×
5. Creo que requisitos jurídicos especiales son necesarios para adolescentes que buscan servicios de aborto, ya que ellas no pueden tomar decisiones por sí mismas.				×	×
6. Creo que una mujer debería poder decidir qué método de aborto utilizar si reúne los criterios médicos de elegibilidad para utilizar más de un método.	×	×			
7. Siento empatía por las mujeres que necesitan y buscan un aborto.	×	×			
8. Me siento empoderada/o para abogar por el aborto seguro, ya sea en mi asociación de estudiantes, escuela o comunidad.	×	×			
9. Creo que el aborto es un tema difícil que no puede incluirse en programas de educación de pares sobre salud y derechos sexuales y reproductivos.				×	×
10. Creo que es probable que yo proporcione servicios de aborto seguro en el futuro, o que refiera a las mujeres a servicios seguros.	×	×			

V FORMULARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL TALLER



Antes de iniciar la evaluación del taller, por favor tome un momento para revisar la meta y los objetivos del taller. Se le pedirá que evalúe qué tan bien el taller cumplió con los mismos.

Meta: La meta del taller es desarrollar la capacidad y el compromiso de cada participante para tomar acción a favor del aborto seguro.

Objetivos: Al final del taller, cada participante podrá:

- Demostrar mayor respeto por las mujeres que buscan servicios de aborto y apoyo por los derechos de aborto;
- Expresar cómo sus percepciones y actitudes personales podrían afectar su trabajo relacionado con el aborto;
- Describir cómo el aborto inseguro afecta a las mujeres y sociedades;
- Expresar cómo los derechos humanos apoyan el acceso a los servicios de aborto seguro;
- Describir la relación entre discriminación de género y aborto;
- Explicar cómo los hombres pueden afectar las experiencias de las mujeres con el aborto;
- Describir las diferentes barreras que afectan el acceso de las mujeres y adolescentes a los servicios de aborto seguro;
- Identificar diferentes estrategias para mejorar el acceso a los servicios de aborto seguro, y explicar cuáles de estas estrategias pueden ser aplicadas exitosamente por profesionales de la salud en formación;
- Describir los elementos esenciales de la atención integral del aborto centrada en la mujer, que incluye consejería y métodos seguros para realizar el aborto;
- Describir ejemplos de cómo profesionales de la salud en formación pueden abogar por el aborto seguro, y formular mensajes de promoción y defensa de los servicios de aborto seguro;
- Explicar qué consideraciones deben tenerse en cuenta al impartir educación de pares sobre aborto;
- Mencionar los componentes comunes del acompañamiento durante el aborto y explicar cómo estos ayudan a las mujeres a superar las barreras a los servicios de aborto seguro.



INTRODUCCIÓN

1. El cambio más significativo que preveo en mi vida o en mi trabajo como resultado de este taller es:

Por favor lea las declaraciones 1 a 24. Para cada declaración, indique el nivel en que usted está de acuerdo o en desacuerdo utilizando las siguientes opciones: 4) totalmente de acuerdo; 3) de acuerdo; 2) en desacuerdo; o 1) totalmente en desacuerdo. Por favor conteste de la manera más sincera posible.

Declaración		4. Totalmente de acuerdo	3. De acuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
Taller general					
1. El taller cumplió con sus objetivos.					
2. El taller estuvo bien organizado.					
3. El equipo de facilitación se comunicó de manera eficaz y respondió a las necesidades de las personas participantes.					
4. El receso, almuerzo y otros arreglos de logística fueron satisfactorios.					
Módulo 1: Introducción al aborto	Actividad 1.A: Motivos Actividad 1.B: Una nueva perspectiva sobre el aborto Actividad 1.C: El aborto y yo AVTA 1: Las cuatro esquinas				
5. Las actividades fueron pertinentes a los temas del módulo.					
6. Las actividades fueron eficaces para desarrollar conocimientos y habilidades.					
7. Los materiales (hojas para distribuir, hojas de trabajo, etc.) eran apropiados.					
8. Hubo suficientes oportunidades para discusión.					
Módulo 2: Derechos humanos, género y aborto	Actividad 2.A: Acceso negado, derechos humanos y aborto Actividad 2.B: Género y aborto Actividad 2.C: Aborto como asunto de hombres AVTA 2: ¿Por qué murió ella?				
9. Las actividades fueron pertinentes a los temas del módulo.					
10. Las actividades fueron eficaces para desarrollar conocimientos y habilidades.					
11. Los materiales (hojas para distribuir, hojas de trabajo, etc.) eran apropiados.					

Declaración	4. Totalmente de acuerdo	3. De acuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
12. Hubo suficientes oportunidades para discusión.				
Módulo 3: Barreras y estrategias — Actividad 3.A: Entendiendo las leyes y políticas nacionales referentes al aborto Actividad 3.B: La búsqueda de un aborto seguro, Barreras a los servicios y estrategias para abordarlas (Partes I y II) AVTA 3: El último aborto				
13. Las actividades fueron pertinentes a los temas del módulo.				
14. Las actividades fueron eficaces para desarrollar conocimientos y habilidades.				
15. Los materiales (hojas para distribuir, hojas de trabajo, etc.) eran apropiados.				
16. Hubo suficientes oportunidades para discusión.				
Módulo 4: Servicios de atención integral del aborto — Actividad 4.A: Servicios de atención integral del aborto, crucigrama Actividad 4.B: ¿Por qué soy prestador/a de servicios de aborto?				
17. Las actividades fueron pertinentes a los temas del módulo.				
18. Las actividades fueron eficaces para desarrollar conocimientos y habilidades.				
19. Los materiales (hojas para distribuir, hojas de trabajo, etc.) eran apropiados.				
20. Hubo suficientes oportunidades para discusión.				
Módulo 5: Jóvenes por el aborto seguro — Actividad 5.A: ¡Un llamado a la acción! Actividad 5.B: Perspectivas y mensajes de promoción y defensa *(advocacy)* Actividad 5.C: Educación de pares sobre aborto Actividad 5.D: Apoyando a las mujeres durante su experiencia de aborto (Partes I y II)				
21. Las actividades fueron pertinentes a los temas del módulo.				
22. Las actividades fueron eficaces para desarrollar conocimientos y habilidades.				
23. Los materiales (hojas para distribuir, hojas de trabajo, etc.) eran apropiados.				
23. Hubo suficientes oportunidades para discusión.				



Por favor proporcione cualquier comentario que desee compartir con el equipo de facilitación. Puede utilizar el dorso de la página si necesita más espacio.

¡Gracias!

El equipo de facilitación

MÓDULO 1:
Introducción al aborto

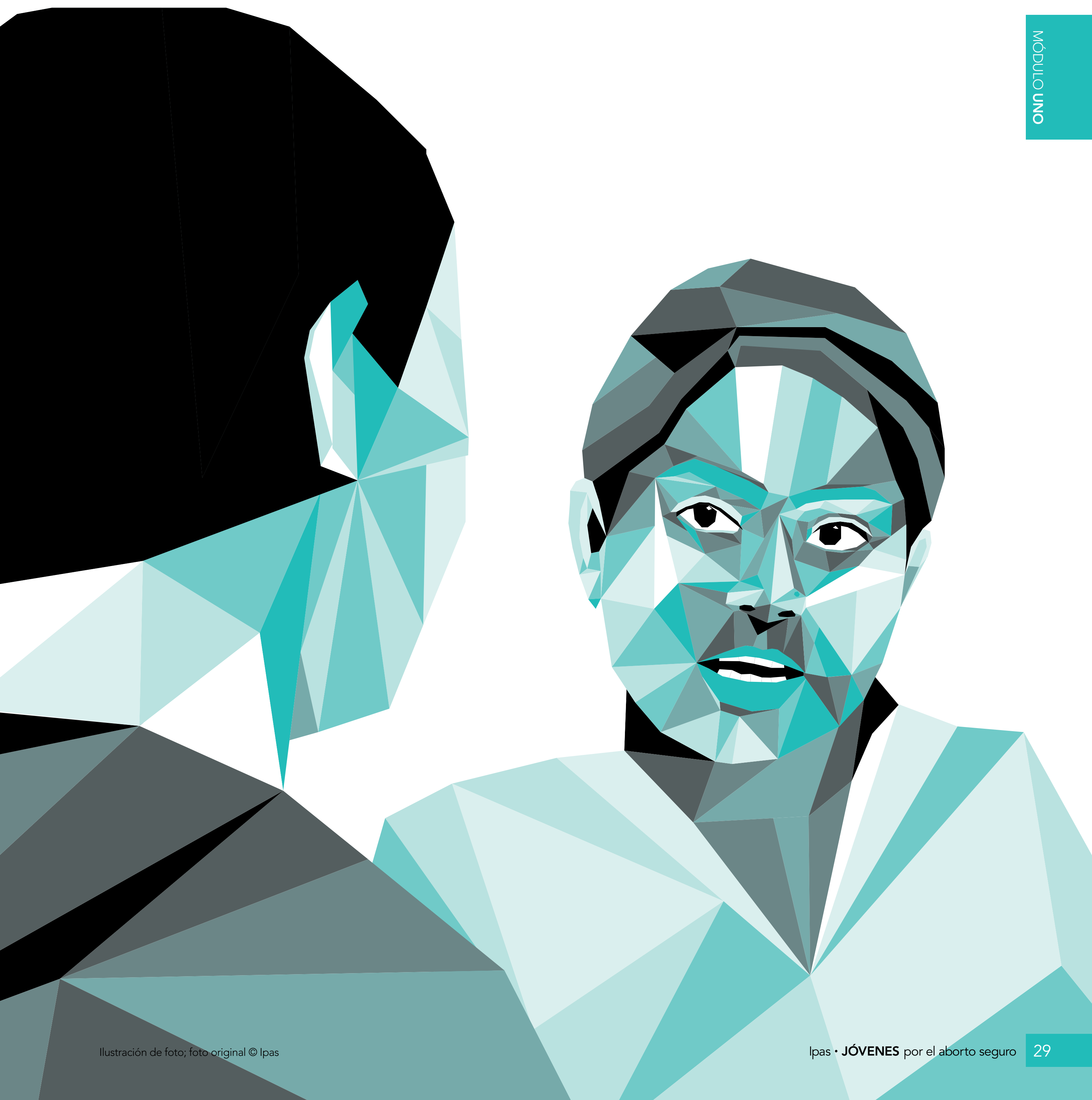


Ilustración de foto; foto original © Ipas

Módulo 1: Introducción al aborto

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Este módulo prepara el terreno para módulos posteriores. Plantea el aborto en el contexto más amplio de salud sexual y reproductiva, y ayuda a las personas participantes a aprender información básica sobre el aborto. Además, el módulo les permite entender cómo el aborto inseguro afecta a las mujeres y sociedades. Cada participante empieza a explorar sus valores y actitudes relacionados con el aborto e identificar por qué el tema es pertinente para él o ella. Al final de este módulo, cada participante podrá:

- Identificar el aborto como un asunto crítico de salud sexual y reproductiva;
- Definir el aborto y discutir su práctica a lo largo de la historia;
- Describir cómo el aborto inseguro afecta a las mujeres y sociedades;
- Expresar cómo sus percepciones y actitudes personales pueden afectar su trabajo relacionado con el aborto.

MÓDULO **UNO**

PRINCIPALES RECURSOS

- ❑ Guttmacher Institute. (2012). *Abortion worldwide*. Nueva York, NY: Guttmacher Institute. www.guttmacher.org/media/video/wwa-motion-graphic-script.html
- ❑ Ipas. (2010). *Las evidencias hablan por sí solas: Diez datos sobre aborto*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Las-evidencias-hablan-por-si-solas--Diez-datos-sobre-aborto.aspx
- ❑ Turner, K. L., Börjesson, E., Huber, A. y Mulligan, C. (2012). Sección 1.1: ¿Por qué centrarse en las mujeres jóvenes y el aborto? *Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Servicios-de-aborto-para-las-mujeres-jovenes--Un-juego-de-herramientas-para-la-capacitacio.aspx
- ❑ Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). Capítulo 1: Atención para un aborto sin riesgos: los fundamentos lógicos desde el punto de vista de salud pública y de los derechos humanos. *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (segunda edición). Ginebra, Suiza: OMS. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf

El equipo de facilitación puede marcar las casillas a medida que termine de utilizar cada uno de los principales recursos.

MÓDULO **UNO**

RECURSOS SUPLEMENTARIOS

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

De Bruyn, M. (2003). Sección 1: El contexto y manifestaciones del problema. *La violencia, el embarazo y el aborto: Cuestiones de los derechos de la mujer y de la salud pública*, segunda edición. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/La-violencia--el-embarazo-y-el-aborto---Cuestiones-de-los-derechos-de-la-mujer-y-de-la-sal.aspx

Guttmacher Institute y Federación Internacional de Planificación de la Familia. (2010). *Datos sobre la salud sexual y reproductiva de mujeres adolescentes en el mundo en desarrollo*. Nueva York, NY: Guttmacher Institute. http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Adolescents-SRH-SP.pdf

Naciones Unidas. (2012). Datos básicos: Estadísticas sobre violencia contra mujeres y niñas. Nueva York, NY: Naciones Unidas. http://www.endvawnow.org/es/articles/299-fast-facts-statistics-on-violence-against-women-and-girls-.html

ABORTO INSEGURO

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). Unsafe abortion incidence and mortality: Global and regional levels in 2008 and trends during 1990–2008. Ginebra, Suiza: OMS. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75173/1/WHO_RHR_12.01_eng.pdf

INTRODUCCIÓN AL ABORTO

Todas las personas tienen derecho a la salud. Para muchas mujeres y adolescentes alrededor del mundo este derecho no es ni reconocido ni respetado, y sus necesidades de salud sexual y reproductiva son urgentes. La pobreza y la discriminación de género producen desigualdades en salud que afectan a las mujeres de manera desproporcionada. Algunos asuntos específicos que contribuyen a malos resultados en la salud reproductiva de las mujeres son:

- Ninguna o inadecuada educación sexual;
- Violencia sexual, incluida la trata de mujeres y niñas;
- Matrimonio temprano y forzado;
- Mutilación genital femenina;
- Necesidad insatisfecha de anticonceptivos;
- Embarazo no intencional;
- Falta de opciones seguras en servicios de salud durante el embarazo, incluidos los servicios de aborto seguro, atención prenatal, asistencia calificada durante el trabajo de parto y el parto, y atención posparto (Naciones Unidas, 2012).

Guiada por el Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio (mejorar la salud materna), la comunidad mundial está logrando avances para reducir la mortalidad materna y ampliar el acceso a los servicios de salud reproductiva. Aún falta mucho por hacer. En los países en desarrollo, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto continúan siendo una de las causas principales de muerte y discapacidad entre mujeres en edad reproductiva. En el año 2010, 287,000 mujeres murieron (OMS et al., 2012). Las muertes relacionadas con el aborto inseguro constituyeron aproximadamente el 13% de la tasa general de mortalidad materna en los años 2003 y 2008 (OMS, 2011). La prevención del embarazo no deseado y el aborto inseguro es esencial para reducir la morbimortalidad materna.

> ***Las mujeres mueren durante el parto, no porque la tecnología para salvarlas no está disponible, sino porque no existe la voluntad, el apoyo, el entusiasmo y el entendimiento de que esto es algo humano que se debe hacer. Cuando alguien ve mujeres muriendo por causas evitables y manejables, debe hacer algo.***
>
> — **Dr. Fred Sai**, médico ghanés, Presidente de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, y Presidente de la Federación Internacional de Planificación de la Familia desde 1989 hasta 1995 (Fundación de las Naciones Unidas, 2012a).

Recuadro 1.1: Carga desproporcionada de las adolescentes

Las adolescentes enfrentan vulnerabilidades únicas relacionadas con su edad y condición socioeconómica (Turner et al., 2012). Mundialmente, más de la mitad de los actos de violencia sexual son perpetrados contra niñas menores de 16 años de edad (Naciones Unidas, 2012). Aproximadamente 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años de edad quedan embarazadas cada año (OMS, 2012a) y las muertes maternas son la causa principal de muerte y discapacidad entre esta población (Patton et al., 2009). Las adolescentes son menos propensas a usar anticonceptivos y más propensas a tener abortos inseguros que las adultas (OMS, 2012a).

1.1 DEFINIENDO EL ABORTO

El aborto es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal. Un aborto espontáneo ocurre sin una intervención deliberada y a veces es conocido como pérdida del embarazo (Ipas, 2014b). Cuando la evacuación del útero es intencional y ocurre sin confirmación del embarazo, ésta puede llamarse regulación menstrual. La regulación menstrual puede estar disponible a las mujeres que informan haber tenido un retraso menstrual reciente (OMS, 2012b). El aborto inducido es la interrupción intencional de un embarazo confirmado. En esta guía, utilizamos el término aborto para referirnos al aborto inducido. El aborto puede caracterizarse de diferentes maneras:

- **Seguro versus inseguro.** El aborto es seguro cuando es realizado por personas con la capacidad y habilidades necesarias, en un entorno que cumple con un estándar médico mínimo. El aborto inseguro es un procedimiento realizado por personas que carecen de la capacidad y habilidades necesarias, en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos (OMS, 2012b). Ver Recuadro 1.2 para información sobre la seguridad del aborto.
- **Legal versus ilegal.** Un aborto es legal cuando es permitido por el estado, bajo la dirección de instituciones y directrices nacionales de salud. Existen muy pocos países donde el aborto es ilegal. La mayoría de los países tienen una o más indicaciones legales para el aborto, y algunos lo permiten a petición (Centro de Derechos Reproductivos, 2009).
- **No restringido versus restringido.** Aun cuando el aborto es legal, el acceso de las mujeres a servicios seguros puede verse restringido, por ejemplo: con pocas indicaciones legales, directrices nacionales que imponen barreras no exigidas por la ley, estigma relacionado con el aborto, costo de los servicios y falta de unidades de salud que ofrecen los servicios. Las barreras

que restringen el acceso a los servicios de aborto seguro se discuten en detalle en el Módulo 3.

- **Voluntario versus forzado.** Un aborto voluntario es un aborto realizado deliberadamente y con este propósito, a petición de la mujer y bajo su libre elección. El aborto forzado ocurre cuando la mujer es presionada, coaccionada o físicamente forzada a interrumpir su embarazo. Ninguna mujer o adolescente debe ser forzada a tener un aborto en contra de su voluntad o sin su consentimiento.

El aborto seguro es un componente esencial de los servicios de salud reproductiva, que complementa otros servicios importantes tales como los servicios de anticoncepción y adopción. El acceso a los servicios de aborto seguro asegura la salud y el bienestar de las mujeres. La atención integral del aborto centrada en la mujer (AIA) es un enfoque integral para proporcionar servicios de aborto seguro. Consiste en una variedad de servicios médicos y servicios de salud afines, tales como consejería, aborto, anticoncepción y referencias a otros servicios de salud reproductiva según corresponda (Ipas, 2014b). La AIA también incluye atención postaborto (APA). La APA está diseñada para brindar la atención necesaria a las mujeres que presentan un aborto espontáneo o un aborto inducido. Incluye tratamiento para el aborto incompleto, aborto diferido o aborto inseguro, así como otros servicios médicos (Ipas, 2014c). Mundialmente, el código penal de ningún país limita la prestación de servicios de APA. Es atención esencial de emergencia que salva la vida de las mujeres y debe ser inmediatamente accesible para todas las mujeres que la necesitan.

Recuadro 1.2: La seguridad del aborto

Cuando es realizado en conformidad con los estándares médicos mundiales recomendados, el aborto es uno de los procedimientos médicos más seguros (IPPF, 2004). En Estados Unidos, la tasa de mortalidad a causa del aborto legal es de 0.6 muertes por cada 100,000 procedimientos (Pazol et al., 2012). En las etapas iniciales del embarazo, es tan baja como 0.1 muertes por cada 100,000 procedimientos (Bartlett et al., 2004). El parto tiene riesgos considerablemente mayores. La tasa de mortalidad a causa del parto en Estados Unidos fue de 17.8 muertes por cada 100,000 partos en el año 2009 (Centros para el Control de Enfermedades, 2013). Las complicaciones del aborto seguro son sumamente raras. Estudios realizados por separado en India, Sudáfrica, Estados Unidos y Vietnam encontraron que la tasa total de complicaciones menores fue de 0 a 0.1 por ciento (Hakim-Elahi et al., 1990; Jejeebhoy et al., 2011; Warriner et al., 2006; Weitz et al., 2013). En cambio, el aborto inseguro presenta considerables riesgos para la salud y la vida de las mujeres. En el año 2008, la tasa de mortalidad a causa del aborto inseguro fue de 220 muertes por cada 100,000 abortos en los países en desarrollo y 520 muertes en África subsahariana (OMS, 2011).

1.2 PERSPECTIVAS HISTÓRICAS SOBRE EL ABORTO

Las mujeres han manejado su fertilidad durante milenios. El aborto es un fenómeno antiguo y universal (Devereux, 1967). La evidencia de su práctica ha sido encontrada en grupos de cazadores y recolectores, sociedades campesinas agrícolas, y en comunidades pre-industriales, industriales y post-industriales alrededor del mundo (Shain, 1986). Las primeras escrituras sobre el aborto se remontan a recetas médicas del Antiguo Egipto en 1500 AEC[1]. La Antigua China en 500 AEC y los Imperios Griego y Romano (Potts y Campbell, 2002). En el siglo XI, el filósofo y médico islámico Avicena escribió el *Canon de medicina*, una enciclopedia influyente, que incluía un capítulo sobre los métodos de aborto (Riddle, 1997).

Entre las técnicas descritas en estos textos se encuentran yerbas abortivas, métodos quirúrgicos, magia y superstición (Kapparis, 2002). En el siglo IV EC, médicos romanos documentaron el uso de una mezcla de sábila (áloe), raíz de mirra para inducir un aborto en mujeres consideradas muy jóvenes para llevar el embarazo a término de manera segura y dar a luz (McLaren, 1990). En el siglo XIX, la sábila aún era utilizada por parteras y farmaceutas para la regulación menstrual. Otras técnicas comunes, que suelen ser muy peligrosas, son: el uso de herramientas afiladas, la aplicación de presión abdominal ("aborto por masaje") y actividades físicas posiblemente perjudiciales, tales como trabajo extenuante (Ipas, 2010). En Camboya e Indonesia, se han encontrado esculturas y tallados de mujeres en proceso de "aborto por masaje", que se remontan al 900 a 1200 EC (Potts et al., 2007).

A lo largo del siglo XX, las tasas de fertilidad entre parejas casadas en el Occidente disminuyeron drásticamente (Potts y Campbell, 2002). Esta reducción en la fertilidad total ocurrió antes del advenimiento de los métodos anticonceptivos modernos, y el aborto era un factor importante. En 1889, el médico británico Rentoul escribió:

"Todas las personas deben darse cuenta de que, aunque el número de matrimonios está en alza, el número de partos de cada pareja está disminuyendo, y no se prevé ninguna explicación satisfactoria. En vez de [disminuir] el número de casos de aborto está aumentando."

Desde el Antiguo Egipto hasta China hasta los Imperios Griego y Romano, y Europa y Norteamérica post-industrial, el aborto ha sido conocido por todas las sociedades y culturas a lo largo de la historia humana.

1 AEC denota Antes de la Era Común (cada vez más utilizada en lugar de a.C. o antes de Cristo). EC significa Era Común (y se utiliza en lugar de AD o *Anno Domini*).

1.3 ABORTO INSEGURO: UNA PANDEMIA DE HOY EN DÍA

Hoy en día existen métodos seguros y eficaces para prevenir e interrumpir el embarazo. A pesar de estas tecnologías médicas modernas, el aborto inseguro continúa siendo una pandemia. Casi todos los abortos inseguros (98%) ocurren en el Sur Global (Grimes et al., 2006). El aborto inseguro es un problema en el hemisferio Norte también. En muchos países desarrollados, el derecho legal al aborto continúa siendo infringido, los servicios no son asequibles económicamente y el estigma en torno al aborto es predominante. Mundialmente, la carga directa del aborto inseguro para las mujeres es un grave problema. En el año 2008:

- Ocurrieron aproximadamente 22 millones de abortos inseguros;
- 47,000 mujeres murieron;
- Por lo menos cinco millones de mujeres sufrieron discapacidad física (OMS, 2012c). Las mujeres que son excluidas por la sociedad después de un aborto también sufren emocionalmente.

Las adolescentes de 15 a 19 años de edad son afectadas de manera desproporcionada por el aborto inseguro. Entre aproximadamente 3.2 millones de abortos en adolescentes, casi la mitad ocurre en la región de África (Shah y Ahman, 2012). En África subsahariana, las adolescentes constituyen un 70% de las hospitalizaciones por complicaciones relacionadas con el aborto inseguro (Naciones Unidas, 2004).

El costo del aborto inseguro para las sociedades es considerable:

- Cuando las mujeres no pueden contribuir a su comunidad, o no se les permite hacerlo, la productividad económica disminuye (Grimes et al., 2006).
- Los niños y niñas que pierden a su madre por una muerte relacionada con el aborto reciben menos cuidados sanitarios y sociales, y son más propensos a morir que aquéllos cuya madre y padre están vivos (Vlassoff et al., 2004).
- El tratamiento de las complicaciones relacionadas con el aborto inseguro constituye una carga considerable para los sistemas de salud pública en los países en desarrollo (Vlassoff et al., 2009). Al asegurar el acceso de las mujeres a los servicios de aborto seguro en primer lugar, disminuyen los costos para los sistemas de salud. Se estima que la APA ofrecida por

profesionales médicos en hospitales terciarios les cuesta a los sistemas de salud diez veces más que los servicios de aborto electivo ofrecidos por profesionales de nivel intermedio en un ámbito de atención primaria (Grimes et al., 2006).

1.4 ¿CÓMO AFECTA EL ABORTO A PROFESIONALES DE LA SALUD EN FORMACIÓN?

Las y los profesionales de la salud en formación se educan y toman acción en cuanto a asuntos relacionados con el aborto, por muchas razones diferentes. Como grupo de personas jóvenes, las y los estudiantes de ciencias de la salud son diversos y tienen en común muchas de las mismas necesidades de salud sexual y reproductiva que sus pares. Algunas han tenido un embarazo no intencional y un aborto inseguro, o conocen a una persona allegada –tal como una madre, miembro de la familia o amiga—que los ha tenido (Börjesson y Villa Torres, 2013). Si el aborto inseguro es frecuente en la comunidad donde viven las y los estudiantes, o un contribuidor clave a la morbimortalidad materna en su país, se les invita a que formen parte del movimiento para salvar la vida de las mujeres.

Profesionales de la salud en formación pueden ser afectados por el aborto profesionalmente también. Muchas personas abordan asuntos de aborto porque confían en que cada mujer puede tomar decisiones sobre su cuerpo y para su familia, y quieren que las mujeres tengan opciones seguras en salud reproductiva. Algunos estudiantes son activos en asociaciones que trabajan en asuntos de salud sexual y reproductiva. Otros abogan por la integración del tema de aborto en su currículo escolar. Como profesionales de la salud, posiblemente conozcan a mujeres y adolescentes que han tenido un aborto, y quizás decidan:

- Abogar por el aborto seguro en su escuela, consultorio, comunidad, organizaciones profesionales y sistema de salud;
- Proporcionar servicios de aborto seguro;
- Apoyar a otros profesionales de la salud que proporcionan servicios de aborto y a las mujeres que buscan esos servicios, y ayudarlos a mitigar los efectos del estigma en torno al aborto.

> ***Vamos a definir los servicios de salud en nuestros países, y para que las personas puedan tener la oportunidad de recibir servicios de salud respetuosos, debemos hablar sobre asuntos difíciles tales como el aborto.***
>
> — Mujer, estudiante de medicina (Börjesson y Villa Torres, 2013), hablando sobre el tema del aborto inseguro.

EN RESUMEN

- Aborto es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal. Puede ser seguro o inseguro.
- Un aborto es seguro cuando es realizado por personas con la capacidad y habilidades necesarias, en un entorno que cumple con un estándar médico mínimo. En las etapas iniciales del embarazo, el aborto es uno de los procedimientos médicos más seguros (IPPF, 2004).
- A pesar de que existen métodos seguros para prevenir e interrumpir el embarazo, el aborto inseguro continúa cobrando la vida de miles de mujeres cada año. Debido al número sumamente alto de mujeres que continúan poniendo su salud y su vida en riesgo, el aborto inseguro es un grave problema de salud pública mundial.
- Casi toda la morbimortalidad relacionada con el aborto inseguro puede ser evitada abordando las necesidades insatisfechas de anticoncepción y asegurando acceso fácil a los servicios de aborto seguro (Grimes et al., 2006). El acceso a los servicios de aborto seguro es esencial para asegurar la salud y el bienestar de las mujeres.

> “ ***Las mujeres no están muriendo por enfermedades que no podemos tratar. Mueren porque las sociedades aún no han tomado la decisión de que vale la pena salvarles la vida.***
>
> — **Mahmoud Fathalla, MD, PhD**, antiguo presidente de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, hablando sobre el problema del aborto inseguro.

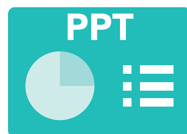
HERRAMIENTAS DEL **MÓDULO 1**

Hoja 1: Introducción al aborto

Actividad 1.A: Motivos (45 minutos)

Actividad 1.B: Una nueva perspectiva sobre el aborto (30 minutos)

Actividad 1.C: El aborto y yo (45 minutos)



Este módulo está acompañado por el '**MÓDULO 1**' de la presentación (**Diapositivas 1 a 21**). Recuerde, todo material imprimible y diapositivas de la presentación están disponibles en la memoria USB y en www.ipas.org/jovenesabortoseguro.

¿Quiere mayor transformación de actitudes?

Dependiendo de los objetivos de aprendizaje, las preferencias de las personas participantes y la agenda del taller de capacitación, también podría realizar la siguiente actividad.

LAS CUATRO ESQUINAS: Esta actividad ayuda a cada participante a entender mejor sus propias creencias respecto al aborto, así como las creencias de otras personas; tener empatía por los valores subyacentes que informan una variedad de creencias y considerar cómo sus creencias afectan el estigma social en torno al aborto; y, si son profesionales de la salud, entender cómo sus creencias personales pueden afectar la prestación de servicios de alta calidad. Esta actividad lleva aproximadamente 45 minutos.

Una descripción detallada de la actividad e instrucciones para el equipo de facilitación se encuentran en:

Turner, K. L. y Page, K. C. (2012). *Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Transformacion-de-actitudes-respecto-al-aborto--Un-juego-de-herramientas-para-la-aclaracio.aspx

La actividad "Las cuatro esquinas" adaptada específicamente para jóvenes se encuentra en:

McSmith, D., Börjesson, E., Villa, L. y Turner, K. L. (2012). T*ransformación de actitudes respecto al aborto: Actividades de aclaración de valores adaptadas para las mujeres jóvenes*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Transformacion-de-actitudes-respecto-al-aborto--Actividades-de-aclaracion-de-valores-adapt.aspx

¡RECUERDE! Es importante que cada participante tenga la oportunidad de aclarar sus valores relacionados con el aborto. La transformación de actitudes es un enfoque basado en evidencia, diseñado para dirigir a las personas participantes hacia la aceptación y respaldo de los servicios de aborto seguro. **La actividad "Las cuatro esquinas" fue una de las actividades que más les gustó a las y los participantes cuando probamos la guía de capacitación.**



Hoja 1: Introducción al aborto

Todas las personas tienen derecho a la salud. Para muchas mujeres del mundo, este derecho no es ni reconocido ni respetado (Turner et al., 2012), y sus necesidades de salud sexual y reproductiva son urgentes. La prevención del embarazo no deseado y aborto inseguro es esencial para reducir la morbimortalidad materna. A continuación se exponen algunos datos clave sobre el aborto que debe conocer cada profesional de la salud en formación:

- Aborto es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal.
- Un aborto espontáneo (pérdida del embarazo) ocurre sin intervención deliberada.
- Un aborto inducido es seguro cuando es realizado por personas con la capacidad y habilidades necesarias, en un entorno que cumple con un estándar médico mínimo (OMS, 2012b). En las etapas iniciales del embarazo, el aborto es uno de los procedimientos médicos más seguros (IPPF, 2004).
- El aborto inseguro presenta considerables riesgos para la salud y la vida de las mujeres. Hoy en día, es una pandemia evitable en toda la extensión del hemisferio Sur (Grimes et al., 2006).
- En el año 2008, ocurrieron aproximadamente 22 millones de abortos inseguros; 47,000 mujeres murieron; y cinco millones más sufrieron discapacidad física (OMS, 2012c).
- La carga del aborto inseguro para las sociedades es considerable: malos resultados en la salud de niñas y niños cuya madre muere o sufre discapacidad a largo plazo, pérdida de productividad económica en las comunidades, y agotamiento de escasos recursos para la atención de la salud.

Problemas de salud pública con una solución: Con métodos modernos para prevenir e interrumpir el embarazo, casi toda la morbimortalidad relacionada con el aborto inseguro puede ser prevenida de manera segura y eficaz. Sin embargo, debido al alto número de mujeres que aún ponen su salud y su vida en riesgo cuando recurren al aborto inseguro, constituye un grave problema de salud pública mundial.



> ***Las mujeres no están muriendo por enfermedades que no podemos tratar. Mueren porque las sociedades aún no han tomado la decisión de que vale la pena salvarles la vida.***
>
> — **Mahmoud Fathalla, MD, PhD**, antiguo presidente de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, hablando sobre el problema del aborto inseguro.

Razones por las cuales se debe abogar: Profesionales de la salud en formación se educan y toman acción respecto a asuntos de aborto por muchas razones diferentes. Quizás el aborto inseguro esté extendido en su país y una persona allegada fue afectada personalmente por éste. Muchos profesionales de la salud creen que las mujeres tienen derecho a tomar decisiones sobre su cuerpo, e identifican las responsabilidades profesionales de salvar la vida de las mujeres.

> ***Vamos a definir los servicios de salud en nuestros países, y para que las personas puedan tener la oportunidad de recibir servicios de salud respetuosos, debemos hablar sobre asuntos difíciles tales como el aborto.***
>
> — Mujer estudiante de medicina (Börjesson y Villa Torres, 2013), hablando sobre el tema del aborto inseguro.

MÓDULO **UNO**

Actividad 1.A: Motivos

Adaptada de Barcklow D'Amica et al., 2010; Turner y Page, 2012

PROPÓSITO

Las personas participantes identificarán las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres y explorarán los motivos por los cuales las mujeres y adolescentes se embarazan y tienen abortos. Además, analizarán cómo las normas sociales y creencias respecto a estas razones afectan la salud reproductiva y el bienestar de las mujeres.

TIEMPO

45 minutos

MATERIALES

» Documento suplementario 'Lista de motivos'

» Hoja de rotafolio, cinta adhesiva y marcadores

PREPARATIVOS

1. Lea la 'Lista de motivos'. Agregue cualquier otra razón que se le ocurra.
2. Escriba en una hoja de rotafolio la siguiente definición de la salud reproductiva:

   "La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia". (*Artículo 7.20, Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994*)

3. Escriba en una hoja de rotafolio las siguientes preguntas.
   a. *¿Cuáles son los motivos por los cuales las mujeres (de más de 20 años de edad) quedan embarazadas?*
   b. *¿Cuáles son los motivos por los cuales las adolescentes (de menos de 20 años de edad) quedan embarazadas?*
4. Escriba en una hoja de rotafolio las siguientes preguntas.
   c. *¿Cuáles son los motivos por los cuales las mujeres (de más de 20 años de edad) tienen abortos?*
   d. *¿Cuáles son los motivos por los cuales las adolescentes (de menos de 20 años de edad) tienen abortos?*

INSTRUCCIONES 1 2 3

1. Invite a las personas participantes a participar al máximo en esta actividad. Infórmeles que el propósito de esta actividad es identificar las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres, y explorar los motivos por los cuales las mujeres y adolescentes quedan embarazadas y tienen abortos. El grupo de participantes también discutirá cómo las normas sociales y creencias respecto a estas razones afectan la salud reproductiva y el bienestar de las mujeres.
2. Pregunte si alguien puede definir salud reproductiva. Invite a algunas personas a compartir sus pensamientos. Si desea, escriba las respuestas en la hoja de rotafolio.
3. Después de algunas respuestas, coloque en la pared la hoja de rotafolio 'Salud reproductiva' que usted preparó de antemano. Pida que un/a participante la lea, y explique que esta definición es una definición de salud reproductiva reconocida internacionalmente y acordada en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la cual fue celebrada en El Cairo en 1994.
4. Pida a las personas participantes que mencionen diferentes necesidades de salud sexual y reproductiva que tienen las mujeres. Si desea, escriba las respuestas en una hoja de rotafolio. Asegúrese de que mencionen todos los ejemplos incluidos en la narración de este módulo.
5. Divida a las personas en dos grupos. Entregue a cada grupo un rotafolio y marcadores.
6. Informe a los grupos que identificarán los motivos por los cuales las mujeres o adolescentes quedan embarazadas. Coloque en la pared la hoja de rotafolio con las preguntas A y B. Pida a un grupo que conteste la pregunta A y al otro grupo que conteste la pregunta B. Solicite a ambos grupos que escriban las respuestas en una hoja de rotafolio. Concédales cinco minutos para que identifiquen las razones.
7. Pida al primer grupo que coloque en la pared su hoja de rotafolio y presente las razones que identificaron por las cuales las mujeres quedan embarazadas. Pida al segundo grupo que presente los motivos por los cuales las adolescentes quedan embarazadas. Concédales cinco minutos para compartir.
8. Una vez que los grupos hayan presentado, pregunte si alguien puede pensar en alguna otra razón a agregar. Anote las razones adicionales en las hojas de rotafolio correspondientes. Utilice el documento suplementario 'Lista de razones' para agregar las razones restantes que aún no hayan sido mencionadas.
9. Informe a los grupos que ahora identificarán los motivos por los cuales las mujeres o adolescentes tienen abortos. Recuérdeles que las personas tienen diferentes creencias y experiencias relacionadas con el aborto. Es importante respetar las diferencias de las demás personas y ser consciente de que para algunas personas éste puede ser un tema muy personal.
10. Coloque en la pared la hoja de rotafolio con las preguntas C y D. Pida a un grupo que conteste la pregunta C y al otro grupo que conteste la

pregunta D. Repita las instrucciones 6 a 8 de identificar, presentar y discutir los motivos por los cuales las mujeres y adolescentes tienen abortos.

11. Invite a las personas participantes a estudiar los motivos anotados en las hojas de rotafolio y facilite una corta discusión. Si desea, utilice las preguntas a continuación para iniciar la discusión. Haga una pregunta a la vez y conceda tiempo para que las personas respondan antes de pasar a la próxima pregunta. Asegúrese de tener por lo menos 15 minutos para esta discusión.

    a. *Basándose en esta actividad, ¿qué observaciones pueden hacer sobre las necesidades de salud reproductiva de las mujeres?*

    b. *¿Existen diferencias entre los motivos por los cuales las mujeres adultas quedan embarazadas y tienen abortos, y los motivos por los cuales las adolescentes quedan embarazadas y tienen abortos? Si la respuesta es sí, ¿por qué creen que existen diferencias?*

    c. *¿Cuáles motivos por los cuales las mujeres o adolescentes quedan embarazadas serían considerados más aceptables por la sociedad?*

    d. *¿Cuáles motivos por los cuales las mujeres o adolescentes tienen abortos serían considerados más aceptables por la sociedad?*

    e. *¿De qué manera estas normas y actitudes afectan las oportunidades de las mujeres y adolescentes para lograr salud reproductiva y bienestar?*

12. Resuma los puntos clave de la discusión.

13. Para cerrar la actividad, haga hincapié en que existen muchos motivos por los cuales las mujeres y adolescentes quedan embarazadas y tienen abortos. Algunos de estos motivos están fuera de su control. Rara vez conocemos todo sobre la circunstancia de una mujer, cómo quedó embarazada o por qué está interrumpiendo el embarazo. Y debemos tener cuidado de no juzgar sus acciones. Todas las mujeres tienen derecho a vivir libre de violencia y coacción, y derecho a tener autonomía corporal y a decidir si tener o no un hijo y cuándo y con quién tenerlo.

14. Agradezca a las personas por participar en esta actividad.



El orden de las preguntas sugeridas para la discusión importa. La primera pregunta es menos personal y posiblemente percibida como menos delicada. Está diseñada para crear comodidad para que todas las personas participen en la discusión. Para contestar las siguientes preguntas quizás se necesite más autorreflexión, por lo cual éstas pueden ser más eficaces para el aprendizaje.

LISTA DE MOTIVOS

EMBARAZO: Estos son algunos motivos por los cuales las mujeres y adolescentes quedan embarazadas. Posiblemente existan otros que se les ocurran a usted y las personas participantes.	
Deseo de tener hijos y una familia	• Para tener hijos • Para empezar o fundar una familia
Probar la condición de mujer	• Para ser una 'mujer de verdad' • Para probar que pueden quedar embarazadas
Beneficios percibidos o reales de ser madre	• Para sentir compañerismo con otras mujeres embarazadas o madres de recién nacidos • Para alcanzar un nivel social más alto en la familia o la comunidad • Para ser tratada de manera especial y recibir más amor de su pareja • Para superar la soledad o el abandono • Para ser responsable de algo importante • Para tener acceso a programas de asistencia social
Disfrutar de la sexualidad	• Para disfrutar de tener relaciones sexuales • Para divertirse
Falta de información	• Pensar 'nunca me sucederá a mí' • Falta de información sobre cómo ocurre el embarazo y cómo prevenirlo
Asuntos relacionados con la anticoncepción	• Los anticonceptivos no están disponibles o no son económicamente asequibles en su comunidad • El estigma social relacionado con el uso de anticoncepción es muy alto • Falta de comodidad negociando el uso de anticonceptivos • Uso incorrecto o poco sistemático de anticonceptivos • Falla anticonceptiva
Presión social o violencia	• Para cumplir con su 'deber' como esposa • La familia o pareja exige que tenga un hijo • Presión para tener relaciones sexuales • Forzadas físicamente a tener relaciones sexuales • Dependían del trabajo sexual para alimentarse a sí mismas y a otros miembros de su familia

ABORTO: Estos son algunos motivos por los cuales las mujeres y adolescentes tienen abortos. Posiblemente existan otros que se les ocurran a usted y las personas participantes.

Falta de deseo de tener hijos y una familia	• Para evitar empezar una familia • Para evitar tener que cuidar hijos
Salud	• Para proteger la vida o salud de la mujer, las cuales podrían verse en riesgo si ella continúa con el embarazo • Feto no viable
Cambio en las circunstancias de la familia	• Se terminó la relación romántica • Pérdida de empleo e ingreso financiero • Enfermedad o muerte de un miembro de la familia • Otras emergencias familiares
Financiero	• Incapacidad para poder mantener a un hijo (u otro hijo más)
Pensando en el futuro	• Para continuar sus estudios • Para promover su carrera • Para aplazar la maternidad hasta que la mujer se sienta preparada para ser madre
Presión social y falta de poder para tomar decisiones	• Falta de poder para tomar decisiones en su relación o familia • Su deseo de llevar el embarazo a término no es respetado • Presión de su pareja, familia o amistades para tener un aborto
Violencia	• Relación poco saludable o insegura • El embarazo es producto de violación y la mujer no conoce al perpetrador • El embarazo es producto de violación y la mujer conoce al perpetrador, y no quiere sujetar a un hijo a la violencia también
Aborto forzado	• Forzada físicamente a someterse a un procedimiento de aborto • Administrada medicamentos para inducir el aborto sin su conocimiento y consentimiento

Actividad 1.B: Una nueva perspectiva sobre el aborto

PROPÓSITO

Las personas participantes aprenderán información básica sobre el aborto, la magnitud del aborto inseguro y cómo afecta a las mujeres y sociedades. Además, empezarán a explorar y ampliar sus puntos de vista personales acerca del aborto.

TIEMPO

30 minutos

MATERIALES

» 'Módulo 1' de la presentación', **diapositivas 8 a 19**

» Documento suplementario 'Una nueva perspectiva: tarjetas'

PREPARATIVOS

1. Revisar las diapositivas de la presentación.
2. Leer "Una nueva perspectiva: tarjetas' e imprimir copias de todas las tarjetas. Si es posible, imprimir las tarjetas en hojas de papel de diferentes colores.

INSTRUCCIONES

1. Invite a las personas a participar activamente en esta actividad. Infórmeles que el propósito de esta actividad es aprender información básica sobre el aborto, que incluye definiciones y el impacto del aborto inseguro en las mujeres y sociedades. Además, empezaremos a explorar y ampliar nuestros puntos de vista personales acerca del aborto.
2. Escriba en una hoja de rotafolio la siguiente oración incompleta: *"El aborto es…"*
3. Solicite que cada participante termine la oración sin discutirla con más nadie. Indíqueles que escriban la respuesta en su libreta.
4. Mientras que las personas participantes estén escribiendo, silenciosamente coloque alrededor del salón las tarjetas de 'Una nueva perspectiva'.
5. Dígales que van a realizar un recorrido por la galería y ver otros puntos de vista sobre el aborto. Conceda 10 minutos para que cada participante pueda caminar alrededor del salón y leer las tarjetas.
6. Pida a las personas que vuelvan a reunirse en plenaria. Invítelas a revisar su respuesta a la declaración *"El aborto es…"* y hacer cualquier cambio que deseen.



Al final del taller, pida que cada participante vuelva a revisar su declaración sobre el aborto. Invíteles a reflexionar sobre cómo han cambiado sus creencias, actitudes, conocimientos y habilidades relacionados con el aborto, como resultado del taller, y pídales que escriban una nueva declaración. Asegúrese de conceder tiempo en su agenda para esto. Si utiliza el ejemplo de agenda que se encuentra en las Herramientas para el taller, ésta ya incluye tiempo para esta actividad.

7. Facilite una corta discusión en plenaria. Si desea, puede iniciar la discusión utilizando las siguientes preguntas. Conceda 10 minutos para la discusión.
    a. *¿Cómo describirían su nueva declaración comparada con la primera?*
    b. *Si modificaron su declaración después del recorrido, ¿qué les hizo modificarla?*
    c. *¿Qué aprendieron durante esta actividad acerca de sus percepciones del aborto?*
    d. *¿Qué aprendieron durante esta actividad acerca del aborto?*
8. Resuma los puntos clave de la discusión. Si desea, puede presentar las diapositivas para esta actividad (diapositivas 8 a 19) para reafirmar los mensajes de aprendizaje. Conceda 10 minutos para esta presentación.
9. Solicite observaciones o comentarios finales de las personas participantes. Agradézcales por su participación y continúe con la próxima actividad.

UNA NUEVA PERSPECTIVA: TARJETAS



Imprima las siguientes tarjetas en hojas de papel de diferentes colores y colóquelas en las paredes alrededor del salón.

El aborto es...

LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO ANTES DE LA VIABILIDAD FETAL

El aborto es la interrupción del embarazo, por medio de la evacuación del contenido del útero. Puede ser inducido o espontáneo. Un aborto espontáneo ocurre sin una intervención deliberada, y a veces es llamado pérdida del embarazo. Un aborto inducido es la interrupción intencional de un embarazo confirmado.

El aborto es...

UNA PRÁCTICA ANTIGUA Y TRANSCULTURAL

Las mujeres han manejado su fertilidad durante milenios. La evidencia de que las mujeres han practicado abortos ha sido encontrada en grupos de cazadores y recolectores, sociedades campesinas agrícolas, y en comunidades pre-industriales, industriales y post-industriales alrededor del mundo (Shain, 1986). Las primeras escrituras sobre aborto se remontan a recetas médicas del Antiguo Egipto en 1500 AEC, la Antigua China en 500 AEC y los Imperios Griego y Romano (Potts y Campbell, 2002). En el siglo XI, el filósofo y médico islámico Avicena escribió el *Canon de medicina*, un texto médico influyente, que incluía un capítulo entero sobre los regímenes de aborto (Riddle, 1997).

El aborto es...

UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS MÁS SEGUROS

Un aborto inducido es seguro cuando es realizado por personas con la capacidad y habilidades necesarias, y en un entorno que cumple con un estándar médico mínimo. En las etapas iniciales del embarazo, el aborto seguro es uno de los procedimientos médicos más seguros (IPPF, 2004). Datos de Estados Unidos indican que la tasa de mortalidad a causa del parto es aproximadamente 25 veces más alta que por aborto seguro y legal. Las investigaciones realizadas a nivel mundial muestran que las complicaciones del aborto seguro son sumamente raras.

El aborto puede ser...

UN PROCEDIMIENTO INSEGURO cuando:

Es realizado por personas que carecen de la capacidad y habilidades necesarias, en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos. El aborto inseguro presenta considerables riesgos para la salud y la vida de la mujer.

El aborto INSEGURO es...

UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE Y DISCAPACIDAD ENTRE MUJERES

En el año 2010, 287,000 mujeres murieron por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto (OMS et al., 2012). Las muertes relacionadas con el aborto inseguro constituyeron aproximadamente el 13% de la tasa general de mortalidad materna en los años 2003 y 2008 (OMS, 2011). La proporción posiblemente sea mucho más alta en cada país.

Las adolescentes de 15 a 19 años de edad son afectadas de manera desproporcionada por el aborto inseguro. En África subsahariana, las adolescentes constituyen un 70% de las hospitalizaciones por complicaciones relacionadas con el aborto inseguro (Naciones Unidas, 2004).

El aborto INSEGURO es...

UNA PANDEMIA EVITABLE

En el año 2008, ocurrieron aproximadamente 22 millones de abortos inseguros; 47,000 mujeres murieron; y cinco millones más sufrieron discapacidad física (OMS, 2012c). Casi toda la morbimortalidad relacionada con el aborto inseguro puede ser evitada abordando las necesidades insatisfechas de anticoncepción y asegurando acceso fácil a los servicios de aborto seguro (Grimes et al., 2006).

El aborto INSEGURO es...

UNA CARGA PARA LOS RECURSOS DE SALUD PÚBLICA

El tratamiento de las complicaciones relacionadas con el aborto inseguro constituye una carga considerable para los sistemas de salud pública en los países en desarrollo (Vlassoff et al., 2009). Al asegurar el acceso de las mujeres a los servicios de aborto seguro en primer lugar, disminuyen los costos para los sistemas de salud. Se estima que la atención postaborto ofrecida por profesionales médicos en hospitales terciarios les cuesta a los sistemas de salud diez veces más que los servicios de aborto electivo ofrecidos por profesionales de nivel intermedio en un ámbito de atención primaria (Grimes et al., 2006).

El aborto INSEGURO es...

UNA TRAGEDIA PARA LAS SOCIEDADES

Los costos indirectos del aborto inseguro para las mujeres y sociedades son considerables. Los niños y niñas que pierden a su madre por una muerte relacionada con el aborto inseguro reciben menos cuidados sanitarios y sociales, y son más propensos a morir que aquéllos cuya madre y padre están vivos (Vlassoff et al., 2004). El aborto inseguro puede disminuir la productividad económica en una comunidad. Agota escasos recursos de los servicios de salud.

El aborto es...

UN ASUNTO DE SALUD PÚBLICA MUNDIAL

Debido al número sumamente alto de mujeres y adolescentes que continúan poniendo su salud y su vida en riesgo, el aborto inseguro es un grave problema de salud pública mundial.

"El aborto inseguro ha corroído nuestra sociedad, destruyendo gradualmente la vida de mujeres jóvenes, ya que las personas han hecho caso omiso del problema esperando que desaparezca: pero [al hacerlo] también están empeorando directa e indirectamente la situación".

—Mujer joven, Nigeria (Coalición de Jóvenes, 2007)

El aborto SEGURO es...

UN COMPONENTE ESENCIAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

El acceso a los servicios de aborto seguro asegura la salud reproductiva y el bienestar de las mujeres. Complementa otros servicios importantes, tales como los servicios de anticoncepción, atención prenatal y adopción. La falta de opciones seguras en servicios de salud durante el embarazo, incluidos los servicios de aborto seguro, contribuye a malos resultados en salud reproductiva para las mujeres.

El aborto seguro es...

UN DERECHO HUMANO

Los derechos humanos pueden aplicarse al aborto seguro. El acceso de una mujer a servicios de aborto seguro y legal protege varios de sus derechos humanos. Por ejemplo: Las mujeres tienen derecho a decidir si tener o no hijos y cuándo tenerlos. Las mujeres también tienen derecho a la salud y los servicios de salud. La salud física y mental de las mujeres no debe ser comprometida por una maternidad forzada o un aborto inseguro.

El aborto es...

UNA DECISIÓN MUY PERSONAL

"Antes que tuve el aborto, recé y le imploré a Dios... Le di las gracias por el embarazo, pero le pregunté si podía retrasar la llegada de mi bebé un tiempito hasta que yo esté preparada para ser madre. No lo ví como matar a un bebé; le estaba devolviendo a Dios la vida que se encontraba dentro de mí para que Él la protegiera y la amparara hasta que llegara el momento indicado".

(Fuente: www.imnotsorry.net)

Actividad 1.C: El aborto y yo

Adaptado de: McSmith, D., Börjesson, E., Villa, L. y Turner K. L., 2012

PROPÓSITO

Las personas participantes explorarán visualmente y se mostrarán a sí mismas y demás participantes cómo responden al aborto y cómo han sido afectadas por él. Se pide que cada persona sea sincera en su autorreflexión y no imite a las demás personas participantes.

TIEMPO

45 minutos

MATERIALES

» Hoja de rotafolio, cinta adhesiva y marcadores (suficientes para que cada participante tenga uno).

PREPARATIVOS

1. Escribir en la hoja de rotafolio la pregunta *"¿Cómo le afecta el aborto?"*

INSTRUCCIONES

1. Invite a las personas a participar al máximo en esta actividad. Infórmeles que esta actividad es una oportunidad para que piensen sobre lo que el aborto significa para ellas en un nivel más personal. Si desea, puede decir lo siguiente:

   A menudo, las conversaciones sobre el aborto tratan acerca de si las personas están a favor o en contra, o acerca de las diferencias en nuestras creencias y valores. Sin embargo, pocas personas examinan cuidadosamente sus sentimientos y experiencias personales con el aborto. En esta actividad, nos enfocaremos en cómo el aborto afecta a cada uno de nosotros personalmente, es decir, tanto nuestros pensamientos y sentimientos como nuestras experiencias.

2. Entregue a cada participante una hoja de rotafolio y ponga varios marcadores en cada mesa.
3. Pídales que dibujen rápidamente el contorno (las curvas) de su cuerpo en la hoja de rotafolio. Concédales dos minutos para que personalicen sus dibujos y hagan cada dibujo único y representativo de su persona. Cada participante puede agregar su color de cabello o color de ojos, aretes, zapatos favoritos, un sombrero o una bufanda, u otros detalles identificadores.
4. Pida que cada participante identifique sus diferentes roles en la vida y que los escriba en la hoja de rotafolio. Por ejemplo: hermana, hermano, mejor amiga/o, pareja, estudiante de medicina, deportista, etc.

5. Dígales:

   Sus dibujos representan a cada uno de ustedes. Independientemente de que hayan o no tenido un aborto, de que conozcan o no a alguien que ha tenido un aborto, es probable que hayan sido afectados de alguna manera por el tema del aborto. El aborto puede afectarles de diferentes maneras como miembro de la familia, amiga/o o profesional. Por favor tomen unos minutos para considerar en silencio sus pensamientos, sentimientos y experiencias con relación al aborto. Luego dibujen o escriban en la hoja de rotafolio cómo el aborto les afecta y algunos de sus pensamientos, sentimientos y experiencias con el aborto. Por favor trabajen en silencio mientras dibujan.

6. Coloque en la pared la hoja de rotafolio: "¿Cómo le afecta el aborto?" Esto facilita la reflexión visual de cada participante a medida que trabaja.

7. Invite al grupo de participantes a dibujar lo que sea que esta actividad les anima a dibujar. Si tienen incertidumbre, déles unos minutos hasta que estén preparados para comenzar. Concédales 15 minutos para realizar esta tarea.

8. Después de 15 minutos, dígale al grupo que se acabó el tiempo para dibujar. Pida que cada participante forme una pareja con una persona sentada cerca de él o ella. Invíteles a compartir en pareja lo que dibujaron o escribieron y por qué. *Recuérdeles la norma del grupo acerca de la confidencialidad, la cual fue establecida al inicio del taller. Respete los deseos de las personas que prefieren no compartir. Conceda cinco minutos para que compartan.*

9. Cuando hayan terminado de compartir sus dibujos en pareja, reconozca la creatividad del grupo y las diversas maneras en que contestaron la pregunta: *"¿Cómo les afecta el aborto?"* Invíteles a colocar sus dibujos en la pared.

10. Si usted percibe que el grupo desea compartir más acerca de sus experiencias, facilite una corta discusión en plenaria. Asegúrese de tener de 10 a 15 minutos para la discusión.

    a. *¿Cómo se sintieron mientras dibujaban? ¿Se sorprendieron con los pensamientos, sentimientos o experiencias que dibujaron o escribieron?*

    b. *¿Qué aprendieron acerca de cómo el aborto les afecta? ¿Y acerca de la importancia que el aborto tiene para ustedes?*

    c. *¿De qué manera esta actividad les podría ayudar a establecer una intención personal para este taller? ¿Y para trabajar en asuntos de aborto después de este taller?*

11. Agradezca a las personas participantes por su creatividad y sinceridad en esta actividad, e infórmeles que tendrán la oportunidad de revisar sus dibujos al final del taller.



Es posible que las personas participantes estén confundidas con estas instrucciones. Quizás le pidan a usted que aclare lo que quiere decir, o tal vez ofrezcan diversas interpretaciones de lo que creen que usted quiere decir. Si hacen preguntas o piden aclaración, asegúreles que no hay una interpretación incorrecta de esta actividad. Lo que se les ocurra es lo que deben dibujar en la hoja de rotafolio.



Dedique una pared para los dibujos de las personas participantes en esta actividad, y déjelos colocados durante el resto del taller. Al final del taller, pregúnteles si desean modificar sus dibujos. Si la respuesta es sí, asegúrese de tener marcadores disponibles. Las adiciones o cambios a los dibujos ofrecen la oportunidad para que tanto las personas participantes como el equipo de facilitación evalúen si han cambiado y cómo han cambiado como resultado del taller. Asegúrese de conceder tiempo en su agenda para esto.

MÓDULO 2:
Derechos humanos, género y aborto



Ilustración de foto; foto original © Richard Lord

Módulo 2: Derechos humanos, género y aborto

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Este módulo presenta los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos. Se exponen argumentos basados en derechos a favor del acceso universal a servicios de aborto seguro y legal. Además, ayuda a las personas participantes a entender cómo las normas de género y la discriminación afectan las experiencias de las mujeres y adolescentes con el aborto. Este módulo invita a cada participante a cuestionar las nociones preconcebidas y formular puntos de vista más críticos acerca de las diferentes sociedades en las que vivimos. Al final de este módulo, cada participante podrá:

- Expresar cómo los derechos humanos apoyan el acceso a los servicios de aborto seguro;
- Describir la relación entre discriminación de género y aborto;
- Explicar cómo los hombres pueden afectar las experiencias de las mujeres con el aborto.

PRINCIPALES RECURSOS

- ❑ Pizarro, P., Baker, T., Chagas, J., Miranda, M. E. y Ribadeneira, N. (2007). Sección 3: En Defensa del Derecho al Aborto. *Libertad de Decisión: Una Guía del Activismo Juvenil para el Trabajo de Incidencia por un Aborto*. Ontario, Ottawa: Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights. http://www.youthcoalition.org/wp-content/uploads/YCSRR_Libertad_de_Decision.pdf

- ❑ Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). (2009). *Sexual rights, an IPPF declaration* (abridged version). Londres, Reino Unido: IPPF. http://www.ippf.org/resource/Sexual-Rights-IPPF-declaration-abridged

- ❑ Ipas. (2011). *¿Qué pueden hacer los hombres para apoyar el derecho a tener opciones reproductivas?* Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Que-pueden-hacer-los-hombres-para-apoyar-el-derecho-a-tener-opciones-reproductivas-.aspx

El equipo de facilitación puede marcar las casillas a medida que termine de utilizar cada uno de los principales recursos.

RECURSOS SUPLEMENTARIOS

DERECHOS HUMANOS

International Federation of Medical Student Associations (IFMSA). (2012). *Women's rights to sexual and reproductive health*. Publicado en línea en: www.ifmsa.org/Media-center/Policy-Statements/Women-s-Rights-to-Sexual-and-Reproductive-Health2

International Federation of Medical Student Associations (IFMSA). (2014). *Access to safe abortion*. Publicado en línea en: www.ifmsa.org/Media-center/Policy-Statements/Access-to-Safe-Abortion

Ipas. (2014). Capítulo 2: Derechos reproductivos. *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia* (2da ed.). K. L. Turner y A. Huber (Eds.). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/La-atencion-integral-del-aborto-centrada-en-la-muher--manual-de-referencia.aspx

Skuster, P. (2013). *Las mujeres jóvenes y el aborto: evitando barreras legislativas y políticas*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Las-mujeres-jovenes-y-el-aborto--evitando-barreras-legislativas-y-politicas.aspx

GÉNERO

International Sexuality and HIV Curriculum Working Group. (2009). Unit 2: Gender. It's all one curriculum. Nueva York, NY: Population Council. www.popcouncil.org/publications/books/2010_ItsAllOne.asp

Kumar, A., Hessini, L. y Mitchell, E. M. H. (2009). *Conceptualising abortion stigma. Culture, Health and Sexuality*, 11(6): 625–39. www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20External%20Publications/Conceptualising-abortion-stigma.aspx

HOMBRES Y ABORTO

Abortion Care Network. *Especially for men*. Publicado en línea en: www.abortioncarenetwork.org/images/men/EspeciallyForMen.pdf

Ipas. (2009). *Explorando los roles de los hombres en las decisiones de las mujeres de interrumpir el embarazo: Una revisión del material publicado con sugerencias para la toma de acción*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Explorando-los-roles-de-los-hombres-en-las-decisiones-de-las-mujeres-de-interrumpir-el-emb.aspx

Katz, J. (2012). *Violence against women—it's a men's issue*. TEDx FiDi Women. www.ted.com/talks/jackson_katz_violence_against_women_it_s_a_men_s_issue.html

DERECHOS HUMANOS, GÉNERO Y ABORTO

La toma de decisiones acerca de la fertilidad y maternidad no ocurre en un vacío. Las normas y condiciones sociales influyen en los derechos de las mujeres y en su capacidad para tomar y aplicar decisiones acerca de su salud reproductiva. Estas normas y condiciones también afectan las experiencias de las mujeres con el aborto. Los conocimientos sobre derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos y género pueden ayudar a las y los promotores a actuar con confianza para abogar por el aborto seguro y legal.



Las mujeres y niñas en cualquier parte del mundo deben tener derecho a tomar decisiones acerca de su vida y dominio de la integridad de su cuerpo.

—**Vaira Vike-Frelberga**, primera mujer Presidenta de Latvia (Fundación de las Naciones Unidas, 2012b)

2.1 ENFOQUE EN EL ABORTO BASADO EN LOS DERECHOS

¿Qué son los derechos humanos? Los derechos humanos son prerrogativas y protecciones básicas, por ejemplo: igualdad de trato bajo la ley; derecho a una vida libre de discriminación, malos tratos y tortura; libertad de pensamiento, expresión y religión; acceso a albergue, alimentos y agua; y el derecho a la salud y servicios de salud, entre otros (Naciones Unidas, 2013). Los derechos humanos son las aspiraciones de las sociedades contemporáneas a la justicia social, y estos nos guían a vivir en maneras que son justas y respetuosas para todas las personas. Evolucionan continuamente para responder a las necesidades de grupos de personas anteriormente no reconocidas. Los principios que se aplican a los derechos humanos son:

- **Universalidad:** Todos los seres humanos mundialmente nacen con y poseen los mismos derechos humanos.
- **Inalienabilidad:** Los derechos humanos son incondicionales y no pueden ser negados a ningún ser humano por un estado, institución u otra persona.
- **No discriminación:** Toda persona tiene derecho a todos los derechos humanos, independientemente de sus diferencias personales, tales como sexo, género, identidad sexual, etnia, religión o afiliación política.

- **Indivisible:** Todos los derechos humanos son esenciales para la integridad de todo ser humano. Tienen igualdad de estatus y no hay un derecho más importante que otro.
- **Interdependencia:** Una persona no puede ejercer plenamente un derecho humano sin acceso a los otros derechos. Cuando un derecho es promovido o violado, los otros derechos también son afectados.

Los derechos humanos están formalizados en acuerdos internacionales, los cuales son jurídicamente vinculantes cuando los Estados los ratifican. Todos en la comunidad mundial, en particular los Estados, tienen responsabilidades de promover, proteger y garantizar los derechos humanos, y de abstenerse de cometer actos que violen esos derechos (Naciones Unidas, 2013). En realidad, los Estados e instituciones a menudo amenazan con violar o violan los derechos humanos (Grupo de Trabajo Internacional en Currículo sobre Sexualidad y VIH, 2009). Las personas que sufren violaciones de sus derechos humanos pueden tratar de obtener compensación judicial por medio del sistema nacional de justicia. Si los tribunales a nivel nacional no tratan un caso adecuadamente, puede ser posible presentarlo ante un tribunal regional o internacional, como la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la Corte Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, o la Corte Europea de Derechos Humanos.

¿Qué son los derechos sexuales y reproductivos? Los derechos sexuales y reproductivos son prerrogativas y protecciones relacionadas con el ejercicio y la expresión de la sexualidad y reproducción humana. Ejemplos de estos derechos son: una toma de decisiones libre e informada acerca de la intimidad y relaciones sexuales, relaciones a largo plazo y matrimonio, y maternidad (IPPF, 2009). La mayoría de los derechos humanos pueden aplicarse a la esfera de sexualidad y reproducción también. El derecho a una vida libre de discriminación, malos tratos y tortura incluye estar libre de discriminación basada en género o identidad sexual y estar libre de violencia sexual. El derecho a la salud requiere que todas las personas tengan acceso a servicios e insumos de salud reproductiva. Los derechos sexuales y reproductivos implican que:

> *"... las personas pueden disfrutar de relaciones mutuamente satisfactorias y seguras, libre de coacción o violencia y sin temor de infección o embarazo, y que pueden regular su fertilidad sin consecuencias adversas o peligrosas"* (IPPF, 2003).

¿Las mujeres tienen derecho al aborto? El acceso de una mujer a servicios de aborto seguro y legal protege varios de sus derechos humanos y de sus derechos sexuales y reproductivos. En cambio, cuando una mujer recurre al aborto inseguro, varios de estos derechos se ven comprometidos. La Tabla 2.1 expone ejemplos de cómo los derechos humanos pueden aplicarse al aborto. Puede servir de guía si usted tiene dudas en cuanto a si una situación relacionada con el aborto podría estar violando los derechos de la mujer. Varios acuerdos y tratados regionales de derechos humanos abordan específicamente el aborto:

- En 1992, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer recomendó que los Estados *"aseguren que las mujeres no se vean obligadas a buscar procedimientos médicos riesgosos, como abortos ilegales, por falta de servicios apropiados en materia de control de la natalidad"* (Naciones Unidas, 1992).
- En 1994, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) definió salud reproductiva como *"un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias"* y recomendó que en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones seguras, y que siempre se debe garantizar acceso óptimo a la atención postaborto de calidad (UNFPA, 1995). Esta recomendación fue afirmada por la Comisión sobre la Población y el Desarrollo en el año 2009.
- En 1995, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer instó a los Estados a *"considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales"* (UNESCO, 1995).
- En 1999, la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció que *"los sistemas de salud deben capacitar y equipar a quienes prestan servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que el aborto se realice en condiciones adecuadas y sea accesible [para todas las indicaciones por las cuales es legal]"* (Naciones Unidas, 1999).
- En el año 2003, la Unión Africana adoptó el Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de las mujeres en África (también conocido como el Protocolo de Maputo). El Artículo 14 afirma que los Estados deben *"proteger los derechos reproductivos de las mujeres autorizando el aborto médico en casos de agresión*

sexual, violación, incesto y cuando la continua sucesión de embarazos ponga en peligro la salud mental y física de la madre o la vida de la madre o del feto" (Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, 2003).



TABLA 2.1 DERECHOS HUMANOS Y ABORTO (Adaptada de Donnelly, 1993; Ipas, 2008)

Derecho humano	Aplicaciones al aborto seguro
Derecho a la vida [A, C]	La vida de ninguna mujer debe ponerse en peligro por un embarazo o aborto inseguro.
Derecho a la libertad y seguridad personal [A, C]	Ninguna mujer debe ser obligada a continuar un embarazo no deseado. Ninguna mujer debe ser obligada a tener un aborto en contra de su voluntad. Ella debe tomar su decisión en condiciones que garanticen su integridad física y mental como persona.
Derecho a la igualdad y a estar libre de todas las formas de discriminación [A, B, C, D]	Solo las personas que son mujeres biológicamente pueden quedar embarazadas. Las mujeres que no son respaldadas por la ley para que manejen su fertilidad son discriminadas en base a su sexo. Las mujeres no deben ser discriminadas por leyes de aborto que restringen su toma de decisiones reproductivas.
Derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión [A, C]	Las mujeres son capaces de tomar decisiones de acuerdo con su conciencia y creencias religiosas. Ninguna mujer debe ser obligada a continuar un embarazo en base a las creencias religiosas de terceras partes. Una mujer no debe verse en una situación en que las personas tratan de tomar decisiones por ella.
Derecho a la información y educación [A, B, D]	Las mujeres deben tener acceso a educación que las empodere a evitar embarazos no intencionales, que incluya información sobre su cuerpo, reproducción humana y anticoncepción. Las mujeres deben conocer sus opciones para manejar un embarazo no intencional, tales como llevar el embarazo a término o interrumpirlo de manera segura. Una mujer debe poder continuar su formación académica, a pesar de estar embarazada, o de haber tenido un aborto o un hijo.
Derecho a trabajar y a un empleo en condiciones favorables [A, B, D]	Las mujeres deben tener acceso a trabajos que proporcionen ingresos justos y equitativos. Las mujeres deben trabajar en condiciones en que su integridad física y mental no se vea comprometida. Esto incluye un lugar de trabajo y condiciones laborales que no pongan a las mujeres en riesgo de experimentar violencia sexual, embarazo no deseado o aborto inseguro. En los países donde el seguro médico es parte de la compensación laboral, éste debe cubrir la anticoncepción y el aborto seguro.
Derecho a decidir el número y espaciamiento de sus hijos [D]	Las mujeres deben poder decidir cuántos hijos tendrán y cómo espaciarlos. Cuando las mujeres tienen un embarazo forzado o no deseado sin opciones seguras para interrumpirlo, este derecho es violado.
Derecho a la atención y protección de la salud [A, B, D]	Las mujeres deben tener acceso a servicios de aborto en una unidad de salud que cumpla con el estándar médico mínimo y con la orientación adecuada de un/a prestador/a de servicios capacitado/a. Los servicios deben ser accesibles y económicamente asequibles para todas las mujeres. La salud física y mental de las mujeres no deben verse comprometidas por un aborto inseguro.



TABLA 2.1 CONTINUACIÓN

Derecho humano	Aplicaciones al aborto seguro
Derecho a los beneficios del progreso científico [B, D]	Las mujeres deben tener acceso a métodos de aborto seguros y recomendados. Cada prestador/a de servicios debe recibir capacitación en el uso de la técnica de aspiración por vacío y el método de aborto con medicamentos. Los sistemas de salud deben asegurar la disponibilidad correcta y oportuna de estas tecnologías. El costo no debe ser una barrera para obtener tecnologías seguras y recomendadas.
Derecho a la libertad de reunión y participación política [A, C, D]	Todas las personas están libres para organizarse para abogar por mejores leyes, directrices, financiamiento y servicios relacionados con el aborto seguro. Sus derechos e integridad no deben verse perjudicados por participar en estas actividades.
Derecho a estar libre de tortura y malos tratos [A, C, D]	Las mujeres no deben ser obligadas a continuar un embarazo cuando no desean hacerlo. Esto es de particular importancia en situaciones en las que la salud y vida de la mujer corren peligro, ya sea porque el embarazo está causando o empeorando condiciones médicas peligrosas, o está contribuyendo a situaciones que ponen a la mujer en mayor riesgo, tales como violencia doméstica o maltrato, incluido el homicidio por honor.
Derecho a vivir libre de violencia [D]	Las mujeres no deben quedar embarazadas en contra de su voluntad como producto de la violencia sexual. Las mujeres que sufren violencia sexual no deben ser victimizadas de nuevo por el personal de salud y sistemas jurídicos (por ejemplo: exigir un informe policial como una condición para tener un aborto seguro y legal). El personal de salud y agentes de policía vuelven a victimizar a una mujer cuando la interrogan acerca de su decisión de interrumpir su embarazo o cuando no creen su testimonio sobre su experiencia de violencia.

Tratados y convenciones a los cuales se hace referencia: A) Declaración Universal de Derechos Humanos; B) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; C) Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; D) Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

¿Qué derechos tienen las adolescentes? Las adolescentes tienen los mismos derechos humanos que las personas adultas. Además, tienen derecho a protecciones únicas, que se definen en la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC, por sus siglas en inglés). La CRC identifica las responsabilidades de las familias y Estados de garantizar esos derechos. La CRC establece tres principios que pueden ofrecer orientación en el contexto de la salud sexual y reproductiva, que incluye el aborto (Skuster, 2013).

- **El interés superior de la niña** debe ser la consideración primordial en todas las medidas concernientes a la niña (Artículo 3). Garantizar acceso a servicios de aborto seguro y legal para una adolescente que desea interrumpir un embarazo puede proteger su vida y salud, y por ello ser un interés superior de la adolescente.
- **El principio de las capacidades evolutivas** reconoce que padres y tutores deben proporcionar dirección en consonancia con las capacidades de la niña (Artículo 5). A medida que evolucionan las capacidades de la niña, sus derechos y responsabilidades gradualmente reemplazan los de sus padres y tutores (Lansdown, 2005). Ninguna persona adulta debe intentar dirigir la toma de decisiones de una adolescente acerca del aborto si la adolescente tiene la capacidad para tomar la decisión (Turner et al., 2011).
- **La confidencialidad** debe protegerse para asegurar que los servicios de salud sean accesibles a los niños (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000). Los niños tienen derecho a obtener *"consejos médicos privados y confidenciales sin el consentimiento de los padres, independientemente de la edad del niño, en los casos que sea necesario para la protección de la seguridad o bienestar del niño"* (Naciones Unidas, 2009). Todos los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la consejería, deben estar disponibles a las adolescentes de una manera que respete su privacidad y confidencialidad (IPPF, 2009).

Más Estados han ratificado la CRC que cualquier otro acuerdo de derechos humanos. Los únicos Estados que no la han ratificado son Somalia y Estados Unidos. El Comité de los Derechos del Niño tiene la tarea de monitorear la ejecución de la CRC a nivel nacional. En el año 2011, el Comité de los Derechos del Niño hizo un llamado a Ucrania para que tome medidas urgentes *"para asegurar por ley y en la práctica que los puntos de vista de la niña siempre sean escuchados y respetados en decisiones sobre el aborto"* (Naciones

Unidas, 2011). Debido a las leyes o prácticas nacionales que restringen el derecho de las adolescentes a dar su consentimiento para recibir servicios de aborto seguro de acuerdo con sus capacidades, las adolescentes pueden verse obligadas a buscar abortos inseguros que ponen su vida en peligro (Turner et al., 2012). El Módulo 4 proporciona más información sobre las capacidades de las adolescentes para tomar decisiones sobre su salud, incluidas las decisiones concernientes al aborto.

RECUADRO 2.1: JUSTICIA REPRODUCTIVA Y ABORTO

Antes que Nepal liberalizara la ley referente al aborto en el año 2002, miles de mujeres acusadas de abortar fueron arrestadas, enjuiciadas y encarceladas; muchas injustamente y sin representación jurídica. Una presa y madre de cuatro recuerda:

Entré en trabajo de parto, mientras labraba en el campo. No tomé ninguna precaución a pesar de estar embarazada; tenía que trabajar. Tenía cinco meses de embarazo y el feto fue expulsado muerto. Le dije al anciano del pueblo que había tenido una pérdida del embarazo, pero él respondió diciendo "¡Lo mataste!"… La policía vino y me arrestó por "el homicidio de un feto". Me mantuvieron detenida durante 25 días. La policía me hizo declarar que había matado a mi hijo. Le dije a la corte que no lo había hecho. Me confrontaron con la pregunta "¿Y quién lo hizo?" Continué negando haber matado al feto, pero nadie me escuchó. No tenía abogado y no estaba informada sobre mi derecho a representación jurídica. Nadie intentó conseguirme un abogado y no pedí uno porque no sabía que podía hacerlo. Me llevaron a corte un par de veces, pero no el día de la audiencia final. La corte me condenó a 12 años de prisión utilizando su poder discrecional. (Centro de Derechos Reproductivos y Forum for Women, Law and Development, 2002, énfasis agregado)

Muchos países en América Latina y en otras partes del mundo aún tienen leyes restrictivas referentes al aborto; algunos prohíben el aborto incluso para salvar la vida de la mujer. En Argentina, Bolivia y Brasil, la mayoría de las mujeres que son arrestadas por cargos de aborto son marginadas de alguna manera. Son en su mayoría pobres, indígenas, afrodescendientes, o jóvenes, y carecen de representación jurídica (Kane et al., 2013).

Estas violaciones de los derechos humanos e injusticias socioeconómicas y jurídicas ilustran la importancia de examinar los asuntos de derechos reproductivos a través de múltiples lentes, tales como discriminación basada en género y edad, racismo, pobreza y migración. El acceso a los servicios de aborto seguro es solo una de numerosas prioridades para las mujeres que son marginadas y que carecen del poder para tomar y aplicar decisiones sobre su vida y su salud (Stillman et al., 2004). Ésta es la esencia del marco de 'justicia reproductiva', el cual reconoce que la salud reproductiva de las mujeres está vinculada directamente con las condiciones en las comunidades donde viven (Ross, 2007) y afirma que todas las mujeres tienen derecho a:

- Evitar el embarazo, y continuar o interrumpir un embarazo;
- Criar a sus hijos con dignidad, respeto y el apoyo social necesario, y en un ambiente seguro (Pope, 2013).

Cuando aplicamos el marco de 'justicia reproductiva' al aborto:

- Vemos de una manera holista a toda la mujer, incluidas sus necesidades y circunstancias;
- Abordamos las injusticias socioeconómicas que contribuyen al embarazo no intencional y el aborto inseguro;
- Apoyamos a las mujeres para que tomen y apliquen decisiones sobre su salud reproductiva de manera libre, plena y segura;
- Nos aliamos con las mujeres marginadas más afectadas por la discriminación y desigualdades;
- Construimos movimientos y alianzas para tratar diversos asuntos sociales interrelacionados.

2.2 GÉNERO Y ABORTO

¿Qué es género? Género es un sistema construido socialmente para categorizar a las personas basado en creencias socioculturales acerca de qué comportamientos, características y atributos son intrínsecamente masculinos y femeninos (Turner et al., 2012). La identidad de género es el autoconcepto de una persona. Existen diversas identidades de género, tales como hombre, mujer, hombre trans, mujer trans, bigénero y agénero. La identidad de género de una persona puede ser igual o diferente a la identidad que le fue asignada cuando nació, y puede cambiar a lo largo de la vida. A nivel mundial, las creencias socioculturales acerca del género pueden producir estereotipos, discriminación y violencia (Grupo de Trabajo Internacional en Currículo sobre Sexualidad y VIH, 2009). Ejemplos de esta discriminación son: límites en el acceso de las mujeres, en particular las jóvenes, a educación formal e informal y restricciones sobre los bienes económicos de las mujeres basadas en su condición jurídica y social subordinada.

Recuadro 2.2: ¿Qué es lo último con relación a definir y entender género?

Las palabras género, sexo y sexualidad cada vez más forman parte del discurso público. El Glosario contiene algunas definiciones de estos conceptos que son utilizadas comúnmente. Dado que su significado cambia constantemente en respuesta a las vivencias y necesidades de las personas, y las convenciones mundiales y locales, es importante que usted revise estos conceptos con regularidad.

¿Cómo afecta el género al aborto? Los estereotipos de género, discriminación y violencia influyen en las experiencias de las mujeres con el aborto de muchas maneras diferentes. Por ejemplo:

- **Embarazo no intencional.** La condición jurídica y social subordinada de las mujeres puede afectar negativamente su capacidad para tomar y aplicar decisiones sobre las relaciones y la maternidad, tales como si tener o no relaciones sexuales y si usar o no un método anticonceptivo. Las mujeres a menudo tienen menos poder y control que los hombres en cuanto al momento en que tienen relaciones sexuales y el tipo de relaciones que tienen; muchas mujeres tienen un embarazo no intencional producto de violencia sexual (IPPF/WHR, 2002).

- **Ideal social de la condición de mujer.** El ideal social de la condición de mujer a menudo es equiparado con la maternidad. Por ejemplo, la sexualidad femenina es aceptada exclusivamente para fines de reproducción; se espera que todas las mujeres deseen ser madres, y las mujeres no son consideradas "verdaderas mujeres' hasta que tienen hijos (Kumar, 2013). Para muchas mujeres mundialmente, buscar un aborto cuestiona las creencias y actitudes arraigadas acerca de la condición de mujer (Kumar, 2013).

- **La decisión de continuar o interrumpir un embarazo.** En el caso de una joven soltera, la decisión de continuar o interrumpir un embarazo puede ser controlada por sus padres. Una mujer casada posiblemente tenga que rendirse a los deseos de su esposo o suegra. Un estudio con 1400 mujeres indias identificó limitada agencia entre mujeres jóvenes rurales en cuanto a tomar decisiones, libertad de movilidad, autoeficiencia y sentido de autoestima. De las mujeres casadas que habían tenido un aborto, una tercera parte no desempeñó ningún papel en la toma de decisiones (Banerjee et al., 2013).
- **Acceso a servicios de aborto seguro.** La falta de información puede dejar a las mujeres sin el conocimiento de que el aborto seguro y legal es una opción. Con limitado control y agencia de los bienes económicos, puede resultar difícil obtener servicios de aborto seguro. En algunos países, las mujeres casadas necesitan la autorización del cónyuge para obtener dichos servicios (Centro de Derechos Reproductivos, 2009). Debido a los formularios de inscripción que exigen el nombre del esposo, las mujeres solteras posiblemente piensen que los servicios no están a su disposición (Turner et al., 2012). El temor de repercusiones sociales y segregación también puede llevar a las mujeres a recurrir a un aborto inseguro.
- **Calidad de los servicios de aborto.** Las creencias y actitudes de un/a prestador/a de servicios acerca del género, condición de mujer y sexualidad femenina pueden influir en los servicios que él o ella proporciona. Por ejemplo, si una mujer es joven y soltera, el/la prestador/a de servicios podría negarle manejo del dolor durante el procedimiento de aborto para disuadirla de practicar lo que él o ella considera ser comportamiento sexual inapropiado. Si una mujer está casada, su prestador/a de servicios quizás crea que ella debería estar contenta con la posibilidad de ser madre y se niegue a proporcionarle servicios de aborto. En Bangladesh, una de cada cinco unidades de salud encuestadas sobre servicios de regulación menstrual informó negar servicios completamente si la mujer no tenía hijos (Guttmacher Institute, 2012).

La promoción de la igualdad de género mejora el acceso de las mujeres a información y servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de aborto (Grupo de Trabajo Interagencial sobre Género, 2010). Los programas cuyo objetivo es ampliar el acceso a los servicios de aborto seguro deben examinar críticamente las normas de género; fortalecer las normas equitativas; y cuestionar los estereotipos de género. En las comunidades donde

la discriminación por género está arraigada y predomina, un primer paso estratégico puede ser crear mayor conciencia de las desigualdades (FHI360, 2012). Considere el ejemplo de la reforma de las leyes referentes al aborto: al abogar por la interrupción legal del embarazo (ILE) a petición, se reconoce el derecho de todas las mujeres al aborto seguro, pero quizás se encuentre demasiada oposición para tener éxito. Los esfuerzos para abogar por ampliar el acceso a la ILE en casos de violación tal vez consigan apoyo generalizado, pero también pueden perpetuar las creencias socioculturales de que ciertos comportamientos sexuales son 'inaceptables' para las mujeres, y que algunas mujeres son más 'dignas' de recibir servicios de aborto seguro por las circunstancias relacionadas con su embarazo. En este caso, sería importante reconocer los estereotipos de género que limitan hasta qué punto puede ser reformada la ley referente al aborto, y gradualmente trabajar para cuestionar esas creencias.

- **Aborto como asunto de hombres:** El aborto a menudo es entendido estrechamente como asunto de mujeres. Las diversas maneras en que los hombres se relacionan con el aborto, personal y profesionalmente, generalmente están ausentes de la información, programas y servicios (Ipas, 2009). Los hombres son los padres, hermanos, hijos, esposos, parejas y amigos de miles de mujeres que tienen abortos todos los días. Las parejas sexuales de sexo masculino comparten la responsabilidad del embarazo. Los hombres también son profesionales de la salud, legisladores, jueces y abogados que entran en contacto directo con las mujeres que buscan o han tenido abortos.

Las creencias y actitudes de los hombres afectan las experiencias de las mujeres con el aborto. En sociedades patriarcales, donde se espera que los hombres sean dominantes y estén 'en control', algunos hombres creen que el aborto es una estrategia de la mujer para ocultar su promiscuidad o infidelidad (Izugbarra, 2007). Por consiguiente, muchas mujeres buscan servicios de aborto inseguro en secreto. Aunque algunos hombres influyen negativamente en los procesos de toma de decisiones de las mujeres o los controlan *(Center for Research on Environment Health and Population Activities, 2007)*, otros brindan apoyo comprensivo y respetuoso, que ayuda a las mujeres a tomar decisiones libres e informadas. Las creencias y prácticas sociales relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos no cambiarán si son tratadas como asuntos de mujeres (Katz, 2013). Existen muchas maneras en las que los hombres pueden tomar acción:

- Reflexionar sobre sus creencias y actitudes y cómo éstas afectan las experiencias de las mujeres;
- Educarse sobre derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos y justicia reproductiva;
- Asumir responsabilidad viviendo en relaciones saludables y mutuamente respetuosas;
- Hablar con miembros de la familia y amistades acerca de estos asuntos;
- Abogar en contra de las barreras para obtener servicios de salud reproductiva, incluidos los servicios de anticoncepción y aborto, que enfrentan las mujeres a nivel local y nacional;
- Brindar apoyo a las mujeres que necesitan ayuda para obtener esos servicios (Ipas, 2012). Investigaciones realizadas en África muestran que muchas mujeres agradecen el apoyo logístico que los hombres pueden brindar (Calvès, 2002; Svanemyr y Sundby, 2007).
- Acompañar a las mujeres durante el aborto.

Cuando un hombre acompaña a una mujer durante el aborto, es posible que él esté preocupado por ella y se pregunte cuál es la mejor manera de brindarle apoyo (Ipas, 2009), o quizás él tenga sentimientos personales respecto al embarazo y la decisión de la mujer de interrumpirlo (Shostak et al., 2006). Las unidades y profesionales de salud pueden ofrecer información y consejería relacionadas con el aborto a los hombres también (Ipas, 2012).

EN RESUMEN

- Los derechos humanos son prerrogativas y protecciones básicas a las cuales todos los seres humanos tienen derecho desde que nacen. Los derechos sexuales y reproductivos son derechos relacionados con el ejercicio y la expresión de la sexualidad y reproducción humana. Si a una mujer se le niega acceso a servicios de aborto seguro, varios de esos derechos podrían ser violados.
- Cuando analizamos los asuntos de derechos sexuales y reproductivos a través de múltiples lentes, tales como género, racismo y pobreza, podemos identificar mejor qué necesitan las mujeres para tomar y aplicar decisiones de salud reproductiva de manera libre, plena y segura en sus comunidades.

- Género es un sistema construido socialmente para categorizar a las personas, basado en creencias sociales acerca de qué comportamientos, características y atributos son intrínsecamente masculinos y femeninos. La discriminación de género afecta las experiencias de las mujeres con el aborto en diferentes maneras, tales como poner a las mujeres en riesgo de tener embarazos no intencionales, restringir su toma de decisiones autónoma, y limitar el acceso a servicios de aborto seguro.
- Los hombres pueden apoyar a las mujeres asumiendo responsabilidad en sus relaciones y abogando por que las mujeres tengan opciones en salud reproductiva en sus comunidades y más allá.

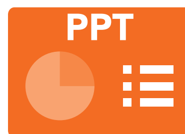
HERRAMIENTAS DEL **MÓDULO 2**

Hoja 2: Derechos humanos, género y aborto

Actividad 2.A: Acceso negado: derechos humanos y aborto (45 minutos)

Actividad 2.B: Género y aborto (1 hora)

Actividad 2.C: Aborto como asunto de hombres (45 minutos)



Este módulo está acompañado por el '**MÓDULO 2**' de la presentación **(Diapositivas 1 a 30)**. Recuerde, todo material imprimible y diapositivas de la presentación están disponibles en la memoria USB y en www.ipas.org/jovenesabortoseguro.

¿Quiere mayor transformación de actitudes?

Dependiendo de los objetivos de aprendizaje, las preferencias de las personas participantes y la agenda del taller de capacitación, si desea, también puede llevar a cabo la siguiente actividad.

¿POR QUÉ MURIÓ ELLA? Esta actividad destaca un estudio de caso que pone de relieve el contexto sociocultural en torno al embarazo no deseado de una mujer y su decisión de tener un aborto. Las personas participantes son confrontadas con las trágicas consecuencias que pueden ocurrir cuando el acceso a servicios de aborto seguro y legal es restringido; luego se solicita que expresen su responsabilidad personal o profesional para evitar esas trágicas consecuencias. Esta actividad lleva aproximadamente 45 minutos.

La descripción detallada de la actividad e instrucciones para el/la facilitador/a se encuentran en:

Turner, K. L. y Page, K. C. (2012). *Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

La adaptación para jóvenes de "¿Por qué murió ella?" se encuentra en:

McSmith, D., Börjesson, E., Villa, L. y Turner, K. L. (2012). *Transformación de actitudes respecto al aborto: Actividades de aclaración de valores adaptadas para las mujeres jóvenes*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Hoja 2: Derechos humanos, género y aborto



Los derechos humanos son protecciones universales e incondicionales a las cuales, independientemente de nuestras numerosas diferencias, tenemos derecho todos los seres humanos desde que nacemos, tales como los derechos a la salud y a la libertad de discriminación. Nos guían para vivir de una manera justa y respetuosa. Cuando los Estados ratifican los acuerdos de derechos humanos, esos acuerdos pasan a ser jurídicamente vinculantes.

Los derechos sexuales y reproductivos están relacionados con el ejercicio y la expresión de la sexualidad y reproducción humana, incluido el derecho de las mujeres a decidir si tener o no hijos, cuándo tenerlos y con quién (IPPF, 2009). Cuando una mujer recurre al aborto inseguro, varios de estos derechos podrían ser violados.

Diferentes acuerdos internacionales y regionales de derechos humanos abordan el aborto:

- *"En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos".* (CIPD, 1994)
- Los Estados deben *"considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales"* (Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995)
- Los sistemas de salud deben *"capacitar y equipar a quienes prestan servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que el aborto se realice en condiciones adecuadas y sea accesible [para todas las indicaciones por las cuales es legal]"* (Naciones Unidas, 1999).
- Los Estados miembros de la Unión Africana deben *"proteger los derechos reproductivos de las mujeres autorizando el aborto médico en casos de agresión sexual, violación, incesto y cuando la continua sucesión de embarazos ponga en peligro la salud mental y física de la madre o la vida de la madre o del feto".* (Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, 2003)

Género es un sistema construido socialmente para categorizar a las personas, basado en creencias sociales acerca de qué comportamientos, características y atributos son intrínsecamente masculinos y femeninos (Turner et al., 2012). La discriminación de género afecta las experiencias de las mujeres con el aborto en diversas formas:

MÓDULO **DOS**

- La condición jurídica y social subordinada de las mujeres puede afectar negativamente su agencia en relaciones sexuales, y ponerlas en riesgo de ser víctimas de violencia sexual y tener un embarazo no intencional.
- En muchas sociedades, la sexualidad femenina es aceptada solo para fines de procreación. Las mujeres que buscan abortos cuestionan los ideales sociales de la condición de mujer (Kumar, 2013).
- Otros miembros de la familia a menudo controlan la decisión de continuar o interrumpir un embarazo.
- Con limitada libertad de movilidad y control de los recursos económicos, las mujeres pueden tener dificultad para obtener servicios de aborto seguro. En algunos países, la autorización del cónyuge es requerida por la ley.
- Cuando los servicios de aborto son accesibles, las creencias y actitudes del personal de salud sobre género, condición de mujer y sexualidad femenina pueden influir en la calidad de la atención.

En sus roles como parejas, padres, hermanos e hijos, los hombres tienen una relación personal con el aborto. Si son profesionales de la salud y formuladores de políticas, posiblemente entren en contacto con casos de aborto en su profesión. Los hombres pueden abogar a favor de opciones reproductivas para las mujeres y en contra de las barreras para obtener servicios de aborto seguro. Pueden brindar apoyo emocional y logístico a las mujeres que conocen.



Actividad 2.A: Acceso negado: derechos humanos y aborto

PROPÓSITO

Las personas participantes entenderán mejor los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos, y examinarán, por medio del estudio de casos de la vida real, cómo la falta de servicios de aborto seguro puede ser una violación de estos derechos. Además, discutirán cómo las condiciones en la comunidad de una mujer pueden afectar el hecho de que sus derechos sean o no sean realizados plenamente.

TIEMPO

45 minutos

MATERIALES

» 'Módulo 2' de la presentación, **diapositivas 5 a 15**

» Documento suplementario 'Estudio de casos'

» Documento suplementario 'Resoluciones de casos'

» Tabla 2.1 'Derechos humanos y aborto' (de la narración de este módulo)

» Hoja de rotafolio, cinta adhesiva y marcadores

PREPARATIVOS

1. Revisar las diapositivas de la presentación.
2. Revisar las resoluciones judiciales de los diferentes casos para familiarizarse con las diferentes maneras en que los tribunales internacionales y regionales han resuelto casos en los que a las mujeres se les negaron abortos seguros.
3. Imprimir dos copias de la hoja 'Estudio de casos'.
4. Imprimir suficientes copias de la Tabla 2.1 'Derechos humanos y aborto' para todas las personas participantes.
5. Escribir en la hoja de rotafolio las siguientes preguntas para discusión. Estas preguntas guiarán al grupo de participantes durante la discusión de los casos.
    a. *¿Qué derechos humanos creen que fueron violados, o no fueron garantizados, en su caso? ¿Cómo?*
    b. *¿Qué condiciones deben estar establecidas en una comunidad para que los derechos humanos de todas las mujeres sean ejercidos plenamente?*

c. *¿Cuál es el rol de las/los estudiantes de ciencias de la salud para proteger y garantizar los derechos humanos, incluido el derecho al aborto seguro? ¿Cuál es el rol de las y los profesionales de la salud que ejercen su profesión?*

INSTRUCCIONES 1 2 3

1. Invite a todas las personas a participar al máximo en esta actividad. Infórmeles que el propósito de esta actividad es que las personas participantes amplíen sus conocimientos de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos, y que examinen, por medio del estudio de casos de la vida real, cómo la negación del acceso a los servicios de aborto seguro puede violar estos derechos. El grupo de participantes discutirá cómo las condiciones en la comunidad de una mujer pueden afectar la plena realización de sus derechos.
2. Muestre al grupo de participantes todas las diapositivas para esta actividad **(diapositivas 5 a 15)**. Conceda 10 minutos para esta presentación. Invite a las personas participantes a hacer preguntas si necesitan aclaración.
3. Después de la presentación, coloque en la pared la hoja de rotafolio con las preguntas para la discusión.
   a. *¿Qué derechos humanos creen que fueron violados, o no fueron garantizados, en su caso? ¿Cómo?*
   b. *¿Qué condiciones deben existir en una comunidad para que todos los derechos humanos de las mujeres puedan ejercerse plenamente?*
   c. *¿Cuál es el rol de estudiantes de ciencias de la salud para proteger y garantizar los derechos humanos, incluido el derecho al aborto seguro? ¿Cuál es el rol de las y los futuros profesionales de la salud?*
4. Divida a las personas participantes en cuatro grupos pequeños. Proporcione a cada participante una copia de la Tabla 2.1 'Derechos humanos y aborto'. Entregue a cada grupo uno de los casos de estudio. Solo hay dos casos; por lo tanto, dos grupos tendrán el mismo caso. Pida a los grupos que lean su caso y contesten las preguntas para discusión que usted escribió en la hoja de rotafolio. Pídales que escriban las respuestas en una hoja de rotafolio. Conceda 20 minutos para esta discusión en grupos pequeños.
5. Vuelva a reunir a las personas participantes en plenaria. Invite a un/a representante de cada grupo para que resuma su caso y comparta los puntos sobresalientes de sus discusiones.
6. Resuma los puntos clave de las discusiones dirigidas por las personas participantes.
7. Utilizando el documento suplementario "Resoluciones de casos', informe al grupo de participantes cómo cada caso fue resuelto en los tribunales regionales de derechos humanos donde fueron enjuiciados.

8. Pida a las personas participantes que compartan sus reacciones y pensamientos sobre las resoluciones de los casos.

9. Si hay suficiente tiempo, puede invitar a los grupos a hablar más a fondo sobre cómo ellos como profesionales de la salud en formación pudieron haber abogado a favor de las mujeres en los casos que les fueron asignados.

10. Para cerrar esta actividad, dígales a las personas participantes:

    Todas las personas tienen derecho a disfrutar de relaciones mutuamente satisfactorias y seguras, libres de discriminación o violencia. Las mujeres tienen derecho a manejar su fertilidad sin consecuencias adversas o peligrosas, lo cual incluye acceso a servicios seguros de anticoncepción y aborto. Como integrantes de una comunidad mundial, tenemos la responsabilidad de trabajar todos los días para proteger y garantizar los derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos para todas las personas. Debemos luchar por crear las condiciones sociales, políticas y económicas que les permiten y empoderan a todas las personas para ejercer sus derechos. Cuando los Estados violan, niegan o no garantizan los derechos de una persona, tenemos que imputarles la responsabilidad. Podemos apoyar la justicia por medio de cortes nacionales, regionales o internacionales, y a través de nuestro trabajo de promoción y defensa (advocacy).

11. Solicite observaciones finales de las personas participantes.

12. Agradezca al grupo por participar en esta actividad.

ESTUDIO DE CASOS

Caso A: Lidia



En 1999, Lidia tenía 13 años de edad cuando un hombre desconocido entró a su casa y la violó frente a su hermana y los hijos de su hermana, quienes tenían dos y cinco años de edad. Unas semanas después, ella y su mamá se enteraron de que ella estaba embarazada. El doctor en el hospital les informó que Lidia tenía derecho a un aborto porque el embarazo tenía menos de 12 semanas de gestación y fue producto de un crimen, pero ella necesitaba autorización jurídica. Lidia decidió que quería interrumpir su embarazo y su mamá apoyó su decisión. Fueron a obtener autorización jurídica del fiscal, quien se la concedió. El fiscal envió la autorización jurídica para interrumpir el embarazo de Lidia a las autoridades sanitarias locales. Debido a una serie de barreras burocráticas, acoso y abuso por parte de las autoridades de salud, desconocimiento de la ley por parte del personal de salud y violencia y presiones psicológicas por parte de personas conservadoras y religiosas que trabajan en instituciones públicas, Lidia nunca pudo tener un aborto. Lidia tuvo un hijo. El gobierno de su país demoró seis años en reconocer, mediante una resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que sus derechos humanos habían sido violados.

Recortar por aquí

Caso B: Margarita

Margarita quedó embarazada por tercera vez en el año 2000, cuando tenía 29 años de edad. En ese tiempo, ella tenía miopía grave y su evaluación estableció que tiene una discapacidad visual de mediana gravedad. Ella sola estaba cuidando a sus dos hijos; sin embargo, no calificaba para recibir pagos del Estado por discapacidad. Tres oftalmólogos recomendaron la interrupción del embarazo debido al riesgo de desprendimiento de retina, pero los tres se negaron a otorgarle a Margarita un certificado para tener un aborto, a pesar de que ella decidió seguir sus recomendaciones de interrumpir su embarazo. Un médico general también recomendó un aborto porque Margarita había tenido dos cesáreas y corría un riesgo elevado de ruptura uterina. Cuando Margarita visitó a su gineco-obstetra, él se negó a realizar el aborto y le dijo que una cesárea prevendría el desprendimiento de retina. Le ordenó reposo en cama para evitar más daños a los ojos. A Margarita le resultaba casi imposible guardar reposo en cama dado que ella era la principal cuidadora de sus dos hijos. Nunca tuvo un aborto. Dio a luz por cesárea. Seis semanas después del parto, fue llevada a la unidad de urgencias de una clínica oftalmológica, pero no fue posible realizar una intervención quirúrgica dado que ésta no hubiera podido corregir los daños en sus ojos. Casi un año después que nació su tercer hijo, el Estado la declaró significativamente discapacitada debido a su miopía. El gobierno reconoció las violaciones de sus derechos humanos mediante un fallo del Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

RESOLUCIONES DE CASOS

LIDIA y la resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos:

En el año 2007, la Corte Interamericana de Derechos Humanos resolvió que varios derechos fueron violados por el Estado, entre ellos: el derecho a la no discriminación y protección de la ley; el derecho a la integridad corporal; el derecho a la libertad; el derecho a garantías judiciales y protección judicial; el derecho a la protección de la dignidad personal; el derecho a la libertad de conciencia y religión; y el derecho de menores a ser protegidos por la familia, sociedad y el Estado. Entre los tratados a los cuales se hace referencia en la resolución figuran la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención sobre los Derechos del Niño; El Pacto Americano de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y la Convención Interamericana para la Prevención y Eliminación de Violencia contra la Mujer. La Corte también facilitó una "resolución amistosa" del caso entre el Estado y Lidia, en la cual varios beneficios personales fueron otorgados a ella y su hijo, así como cambios en las directrices nacionales para la prestación de servicios de aborto seguro en casos de violación.

MARGARITA y la resolución del Tribunal Europeo de Derechos Humanos:

En el año 2007, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos determinó que en el caso de Margarita el Estado violó los derechos humanos número 3 (el derecho a no ser sujeta a tratos inhumanos o degradantes) y número 8 (el derecho a la vida privada y la no interferencia por parte de una autoridad pública con el ejercicio del derecho a la privacidad) de la Convención Europea de Derechos Humanos. Margarita fue indemnizada con 25,000 euros por daños y perjuicios no patrimoniales y 14,000 euros por gastos jurídicos.

Actividad 2.B: Género y aborto

Adaptada de Turner et al., 2012; *Grupo de Trabajo Internacional en Currículo sobre Sexualidad y VIH*, 2009

PROPÓSITO

Las personas participantes examinarán cómo las normas de género y creencias sociales acerca de la sexualidad afectan las experiencias de las mujeres con el aborto. Además, discutirán cómo estas normas y creencias pueden afectar la calidad de los servicios de aborto.

TIEMPO

1 hora

MATERIALES

» 'Módulo 2' de la presentación, **diapositivas 16 a 24**

» Hoja de rotafolio, cinta adhesiva, marcadores

» Materiales suplementarios "Hoja de trabajo A para la actividad' y Hoja de trabajo B para la actividad'

PREPARATIVOS

1. Revisar las diapositivas de la presentación.
2. Imprimir dos copias de la Hoja de trabajo A para la actividad' y dos copias de la 'Hoja de trabajo B para la actividad'

INSTRUCCIONES

1. Déles la bienvenida a las personas participantes a esta actividad. Infórmeles que el propósito de esta actividad es que examinen cómo las normas de género y creencias sociales acerca de la sexualidad afectan las experiencias de las mujeres con el aborto. Además, discutirán cómo estas normas y creencias pueden afectar la calidad de los servicios de aborto.
2. Presente las diapositivas "Introducción al género' **(diapositivas 17 y 18)**.
3. Divida a las personas en cuatro grupos pequeños. Sin decir que hay dos casos de estudio, entregue a dos de los grupos copias de la 'Hoja de trabajo A para la actividad' y a los otros dos grupos copias de la 'Hoja de trabajo B para la actividad'.
4. Explíqueles a los grupos que tendrán 20 minutos para leer el caso y contestar las preguntas en la hoja de trabajo. Pídales que asignen a una persona para tomar notas y otra para compartir los puntos sobresalientes de la discusión más adelante.
5. Vuelva a reunir al grupo en plenaria. Explique que los detalles de todos los casos eran idénticos. Revele que hubo una sola diferencia: para la



En las presentaciones y discusiones a continuación, señale claramente los estereotipos comunes de sexualidad femenina y masculina que las personas participantes tienen en común. Invite a cada participante a cuestionar esos estereotipos. Algunos ejemplos de estereotipos que pueden surgir son: las mujeres son las únicas responsables de usar un método anticonceptivo y evitar el embarazo; la sexualidad femenina es exclusivamente para fines de procreación; y una mujer es más 'digna' o menos 'digna' de recibir servicios de salud según su historia sexual.

mitad de los grupos la Persona X era una joven y para la otra mitad la Persona Y era un joven.

6. Invite a la persona que reporta para cada grupo a resumir las respuestas de su grupo e indicar primero si la persona en su caso era una joven o un joven.
7. Facilite una discusión de las respuestas de los grupos. Si desea, puede utilizar las siguientes preguntas. Conceda 10 minutos para la discusión.
   a. *¿Qué diferencias o similitudes observó usted entre las respuestas de los grupos?*
   b. *¿Qué creencias y actitudes tenemos, como grupo, acerca de la sexualidad femenina y masculina? ¿Acerca de la condición de mujer?*
   c. *¿Cómo afecta el acceso de las mujeres a los servicios de aborto seguro? ¿La calidad de los servicios de aborto a los cuales tienen derecho?*
8. Continúe la discusión y enfóquese en cómo la discriminación de género afecta las experiencias de las mujeres con el aborto. Si desea, puede utilizar las siguientes preguntas para la discusión. Conceda 10 minutos para la discusión.
   a. *¿Cómo contribuye la discriminación de género al embarazo no intencional?*
   b. *¿Cómo afecta la discriminación de género las opciones de salud reproductiva de las mujeres cuando están embarazadas?*
   c. *¿Cómo afecta el acceso de las mujeres a los servicios de aborto seguro? ¿La calidad de los servicios de aborto a los cuales tienen derecho?*
9. Resuma las discusiones y presente el resto de las diapositivas relacionadas con género y aborto (diapositivas 19 a 24). Conceda cinco minutos para esta presentación.
10. Solicite y discuta con el grupo de participantes cualquier pregunta, comentario o inquietud pendiente.
11. Agradezca al grupo por su participación.

HOJA DE TRABAJO A PARA LA ACTIVIDAD

Estudio de caso:

La Persona X tiene 19 años de edad. Ha tenido tres relaciones sexuales en los últimos dos años. Esta persona dijo que le hubiera gustado permanecer abstinente hasta casarse y que piensa casarse, pero no muy pronto. En su relación más reciente, esta persona tuvo relaciones sexuales que produjeron un embarazo, el cual fue abortado.



La Persona X es una mujer.

Preguntas:

1. ¿Cuáles fueron sus primeras reacciones a este estudio de caso?

2. ¿Qué supuestos hicieron sobre esta joven? ¿Sobre su vida, identidad de género y orientación sexual?

3. ¿Qué condiciones en la comunidad de esta joven pudieron haber influido en sus experiencias?

4. Si su familia y amistades se enteraran de su historia sexual, ¿cómo sería percibida y tratada esta joven por esas personas?

5. ¿Su familia y amistades la percibirían de manera diferente si ella fuera un hombre joven? ¿Cómo?

6. Si el/la prestador/a de servicios de salud de esta joven conociera su historia sexual, ¿cómo afectaría eso su acceso a servicios de salud reproductiva, incluidos los de aborto seguro?



HOJA DE TRABAJO B PARA LA ACTIVIDAD

Estudio de caso:

La Persona Y tiene 18 años de edad. Ha tenido tres parejas sexuales en los últimos dos años. Esta persona dijo que le hubiera gustado permanecer abstinente hasta casarse y que piensa casarse, pero no muy pronto. En su relación más reciente, esta persona tuvo relaciones sexuales que produjeron un embarazo, el cual fue abortado.

La Persona Y es un hombre.

Preguntas:

1. ¿Cuáles fueron sus primeras reacciones sobre este estudio de caso?

2. ¿Qué supuestos hicieron sobre este joven? ¿Sobre su vida, identidad de género y orientación sexual?

3. ¿Qué condiciones en la comunidad de este joven pudieron haber influido en sus experiencias?

4. Si su familia y amistades se enteraran de su historia sexual, ¿cómo sería percibido y tratado este joven por esas personas?

5. ¿Su familia y amistades lo percibirían de manera diferente si él fuera una mujer joven? ¿Cómo?

6. Si el/la prestador/a de servicios de salud de este joven conociera su historia sexual, ¿cómo afectaría eso su acceso a servicios de salud reproductiva?

Actividad 2.C: Aborto como asunto de hombres

PROPÓSITO

Las personas participantes identificarán las razones por las cuales el aborto no es solo asunto de mujeres y discutirán cómo los hombres pueden afectar las experiencias de las mujeres con el aborto en diferentes formas.

TIEMPO

45 minutos

MATERIALES

» 'Módulo 2' de la presentación, **diapositivas 25 a 29**

» Hoja de rotafolio, papel y/o tarjetas, cinta adhesiva

» Crayones, lápices de colores, plumas, marcadores de colores (y cualquier otro artículo de arte disponible)

PREPARATIVOS

1. Revisar las diapositivas de la presentación.

INSTRUCCIONES 1 2 3

1. Déle la bienvenida al grupo de participantes a esta actividad. Infórmeles que el propósito de esta actividad es que las personas participantes identifiquen las razones por las cuales el aborto no es solo un asunto de mujeres y discutan cómo los hombres pueden afectar las experiencias de las mujeres con el aborto en diferentes formas.
2. Hágales las siguientes preguntas para iniciar la discusión. Conceda 10 minutos para la discusión.
   a. *¿En qué roles personales y profesionales tienen los hombres experiencias relacionadas con el aborto?*
   b. *¿De qué manera los hombres son afectados por el aborto?*
   c. *¿De qué manera las creencias y actitudes sociales respecto a la masculinidad y lo que significa 'ser hombre' afectan las opciones de las mujeres en salud reproductiva?*
3. Presente las diapositivas sobre los hombres y el aborto **(diapositivas 25 a 28)**. Conceda cinco minutos para esta presentación.
4. Solicite y conteste cualquier pregunta que puedan tener las personas participantes.
5. Pídales que reflexionen en silencio sobre las siguientes preguntas durante unos minutos: ¿Cómo pueden los hombres apoyar el acceso de las mujeres a servicios de aborto seguro?

6. Dígales que contesten la pregunta de una manera creativa, por ejemplo: con un poema, la letra de una canción, dibujos, historietas o juegos de roles cortos. Invite a las personas participantes a identificar e ilustrar ejemplos de acciones que los hombres pueden tomar, y asegúreles que no hay una manera correcta o incorrecta de contestar la pregunta. Cada participante puede decidir si trabajar solo/a o en grupos pequeños. Concédales 20 minutos para concluir esta tarea.
7. Después de 20 minutos, pídales que coloquen su trabajo de arte en las paredes alrededor del salón. Invite a las personas participantes a caminar alrededor del salón para ver el arte. Concédales cinco minutos para este paso.
8. Pídales que regresen a su asiento. Pregunte si alguien desea leer o presentar su trabajo de arte al grupo y explicarlo un poco. Si alguien preparó un juego de roles, invite a esa persona a representarlo en estos momentos.
9. Resuma los mensajes clave del trabajo de arte y los juegos de roles de las y los participantes; destaque las diferentes maneras en que los hombres pueden apoyar las opciones reproductivas de las mujeres y su acceso a los servicios de aborto.
10. Solicite últimas observaciones sobre esta actividad.
11. Agradezca al grupo de participantes por la creatividad que aportaron a esta actividad.
12. Presente la diapositiva final ‘Mensajes clave’ (diapositiva 29) y continúe con el próximo módulo.

MÓDULO 3:
Barreras al aborto seguro y estrategias para abordarlas



Módulo 3: Barreras al aborto seguro y estrategias para abordarlas

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Este módulo ayuda a las personas participantes a entender mejor las barreras que las mujeres y adolescentes encuentran cuando buscan servicios de aborto seguro, así como a identificar estrategias para abordar esas barreras. Se invita a cada participante a explorar el rol de las y los profesionales de la salud en formación y los que ya ejercen su profesión, para ampliar el acceso a los servicios de aborto seguro. Al final de este módulo, cada participante podrá:

- Describir las diferentes barreras que afectan el acceso de las mujeres y adolescentes a los servicios de aborto seguro.
- Identificar diversas estrategias para mejorar el acceso a los servicios de aborto seguro y explicar cuáles de esas estrategias pueden ser aplicadas por profesionales de la salud en formación.

PRINCIPALES RECURSOS

- ❑ Turner, K. L., Börjesson, E., Huber, A. y Mulligan, C. (2012). Módulo 2: Barreras a los servicios; Módulo 5: Ampliando el acceso a los servicios de aborto. *Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Servicios-de-aborto-para-las-mujeres-jovenes--Un-juego-de-herramientas-para-la-capacitacio.aspx
- ❑ Universidad de Ipas. (2013). *Legal and policy barriers to abortion*. Curso en línea disponible en www.ipasu.org
- ❑ Centro de Derechos Reproductivos (CRR). (2005). Religious voices worldwide support choice: *Pro-choice perspectives in five world regions*. Nueva York, NY: CRR. http://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/pub_bp_tk_religious.pdf
- ❑ Berer, M. (2009). Provision of abortion by midlevel providers: International policy, practice and perspectives. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009(87), 58–63. www.who.int/bulletin/volumes/87/1/07-050138/en
- ❑ Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). (2006). *Resolution on 'conscientious objection'*. Londres, Reino Unido: FIGO. http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/OurWork/2006%20Resolution%20on%20Conscientious%20Objection.pdf

El equipo de facilitación puede marcar las casillas a medida que termine de utilizar cada uno de los principales recursos.

RECURSOS SUPLEMENTARIOS

LEYES Y POLÍTICAS

Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). (2008). *Access to safe abortion: A tool for assessing obstacles*. Londres, Reino Unido: IPPF. www.ippf.org/resource/Access-Safe-Abortion-tool-assessing-obstacles

Ipas. (2008). *Access to abortion for reasons of mental health*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Access-to-abortion-for-reasons-of-mental-health.aspx

Ipas. (2012). *A better place for women: Abortion care in Nepal a decade after law reform*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/A-better-place-for-women--Abortion-care-in-Nepal-a-decade-after-law-reform.aspx

COMUNIDAD

Börjesson, E., Izquierdo, J., de Guzman, A., McSmith, D. y Villa Torres, L. (2012). *Las mujeres jóvenes y el aborto: Guía para el diagnóstico situacional*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Las-mujeres-jovenes-y-el-aborto--Guia-para-el-diagnostico-situacional.aspx

Ipas. (2012). *Voces comunitarias: Estrategias para tratar el problema del aborto inseguro*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Voces-comunitarias--Estrategias-para-tratar-el-problema-del-aborto-inseguro.aspx

SISTEMAS DE SALUD

EngenderHealth, Ipas y Reducing Maternal Mortality and Morbidity Ghana. (2009). *COPE for comprehensive abortion care services: A toolbook to accompany the COPE handbook*. Nueva York, NY: Engender-Health. www.engenderhealth.org/files/pubs/qi/cope-for-abortion-care.pdf

Save the Children. (2008). P*artnership-defined quality for youth: A process manual for improving reproductive health services through youth-provider collaboration*. Westport, CT: Save the Children. www.k4health.org/sites/default/files/PDQ%20for%20Youth%20Manual.pdf

Barreras al aborto seguro y estrategias para abordarlas

Las mujeres enfrentan muchas barreras para obtener servicios de aborto seguro, tales como barreras legislativas, políticas, socioculturales y de sistemas de salud. Debido a estas barreras, las mujeres que buscan interrumpir un embarazo a veces no tienen ninguna otra alternativa que recurrir al aborto inseguro, incluso en lugares donde sus circunstancias concuerdan con las indicaciones legales para tener un aborto seguro (Turner et al., 2012). Algunas mujeres, especialmente adolescentes, aplazan la búsqueda de servicios de aborto debido a las barreras que inicialmente no pueden superar. Las adolescentes a menudo postergan la búsqueda de asistencia para tratar las complicaciones relacionadas con el aborto (OMS et al., 2006).

> “
>
> ***No tenemos acceso a métodos anticonceptivos. Somos estigmatizadas si tenemos un hijo antes de casarnos. No tenemos derecho al aborto. ¡Qué dilema! ¿Cómo esperan que no muramos si somos expuestas a abortos [inseguros] riesgosos? ¿Cómo esperan que no recurramos al aborto si es un sacrilegio tener un hijo antes del matrimonio? ¿Cómo esperan que evitemos tener hijos cuando no hay servicios de anticoncepción? Queremos afirmar que una de las mejores armas en la lucha contra abortos [inseguros] riesgosos entre las jóvenes es respetar nuestros derechos, empezando por el derecho a la información.***
>
> — Mujer joven, República Democrática del Congo (Greene et al., 2010)

MÓDULO **TRES**

3.1 BARRERAS LEGISLATIVAS Y POLÍTICAS

Los marcos legislativos sobre aborto varían entre países. El aborto puede ser regulado en la constitución, el código penal y documentos de aplicación tales como políticas, normas y directrices nacionales (McCulloch, 2011). En algunos países, el aborto está prohibido para todas las indicaciones legales, mientras que en otros, está disponible legalmente a petición hasta cierta edad gestacional. Sin embargo, en la mayoría de los países, el aborto es permitido para algunas indicaciones, por ejemplo: para salvar la vida de la mujer embarazada, para proteger su salud física o emocional, o en casos de violación e incesto (Centro de Derechos Reproductivos, 2009). Incluso las leyes con múltiples indicaciones para el aborto pueden crear barreras cuando:

- Son vagas y requieren interpretación, por lo cual al personal de salud no le queda claro si puede prestar servicios de aborto legalmente (de Bruyn y Packer, 2004);
- Están en conflicto con otras leyes, lo cual crea confusión en cuanto a qué ley tiene precedencia (McQuoid-Mason, 2010).

Los documentos sobre la aplicación de leyes esbozan los pasos y procedimientos para asegurar la calidad y proteger contra errores o abusos (Turner et al., 2012). Sin embargo, a veces crean barreras al aborto seguro y legal, que no son exigidas por la ley. Por ejemplo:

- Limitar qué tipos de profesionales de la salud pueden realizar el procedimiento de aborto;
- Requerir las firmas de varios especialistas para poder realizar el aborto;
- Exigir períodos de espera o varias visitas a la unidad de salud para tener un aborto;
- Exigir la participación de una tercera parte, por ejemplo: la madre, el padre o cónyuge, por medio de notificación o consentimiento. Esto afecta a las adolescentes en particular.

Las barreras legislativas y políticas causan demoras o negación de los servicios para mujeres y adolescentes. Los requisitos de participación de terceras partes pueden causar demoras hasta el punto de que el aborto deja de ser una opción debido a los límites de la edad gestacional (Human Rights Watch, 2010). Muchas mujeres y adolescentes no buscan servicios de aborto seguro debido a las barreras legislativas, ya sean reales o percibidas. De las que sí los buscan, algunas son rechazadas por profesionales de la salud que no están familiarizados con la ley, que carecen de conocimientos y apoyo para interpretar sus indicaciones plenamente, o utilizan el marco legislativo como un pretexto para negar servicios. Aunque muchos profesionales de la salud ponen su vida y profesión en riesgo para ayudar a las mujeres a obtener servicios de aborto seguro, otros se ven “profundamente implicados en denunciar a las mujeres al sistema de justicia para que sean castigadas” (Campaña Internacional por el Derecho de las Mujeres al Aborto Seguro, 2013).

Recuadro 3.1: Respetar la confidencialidad de las usuarias

Algunos profesionales, como personal de salud, abogados y curas, tienen el deber ético y a menudo jurídico de respetar la confidencialidad de las usuarias. Esto motiva a la usuaria a ser franca, por lo cual el/la profesional puede atenderla mejor. Además, protege al profesional de ser implicado en un crimen. En países donde se exige que las personas denuncien a la policía a las mujeres que han tenido abortos, las y los profesionales de la salud posiblemente afirmen que su deber ético y jurídico es proteger la confidencialidad, salud y vida de las mujeres que atienden.

3.2 BARRERAS SOCIALES Y CULTURALES

Existen muchas barreras sociales y culturales para obtener servicios de aborto seguro. La **discriminación de género** reafirma las creencias y prácticas que ponen a las mujeres en riesgo de violencia sexual, embarazo no intencional y aborto inseguro. Por ejemplo, la pareja de una mujer quizás controle cuándo tienen relaciones sexuales y cuándo usan un anticonceptivo. Debido a las leyes que exigen autorización del cónyuge para tener un aborto seguro, el acceso a esos servicios puede resultar más difícil y discriminatorio.

En el Módulo 2, se trata a fondo el tema de género.

Muchas personas tienen opiniones basadas en la fe acerca del aborto y los líderes religiosos suelen expresar su oposición al aborto. Las **instituciones religiosas** pueden ser influyentes restringiendo el acceso a servicios de aborto seguro, desde influir en debates sobre políticas hasta excluir a miembros individuales asociados con el aborto. Sin embargo, la relación entre religión y aborto no es inherentemente negativa. En la mayoría de las religiones, existen diversas opiniones sobre asuntos de moralidad, tales como el aborto. Por ejemplo, muchas personas católicas afirman que es su deber religioso obedecer su conciencia en cuestiones de moralidad (Católicas por el Derecho a Decidir, 2011). En el Islam, algunas corrientes de pensamiento permiten el aborto antes que el feto sea considerado un ser humano completo ('encarnación del alma'). Muchas corrientes de pensamiento reconocen excepciones incluso después de la encarnación del alma, cuando el embarazo pone en peligro la vida de la mujer o del lactante, o en casos de violación o malformación fetal (Shaikh, 2003). A nivel mundial, existen coaliciones de líderes religiosos que han aprobado tratados internacionales sobre los derechos sexuales y reproductivos (Centro de Derechos Reproductivos, 2005).

El **estigma en torno al aborto** puede implicar que las mujeres que buscan o tienen un aborto son inferiores al ideal de la condición de mujer y deberían sentir vergüenza o remordimiento, incluso cuando el aborto es legal (Kumar et al., 2009). El estigma es una barrera poderosa, por la cual las mujeres pueden tener miedo de buscar un aborto o buscan abortos inseguros. Una adolescente soltera que decide interrumpir un embarazo no deseado puede experimentar estigma relacionado con su edad, estado civil y decisión de tener un aborto. El estigma en torno al aborto afecta a profesionales de la salud de diferentes maneras. Por ello, algunos prestadores de servicios son menos propensos a proporcionar

servicios de aborto (Turner et al., 2012), mientras que otros *"pueden sentirse estigmatizados y a la vez orgullosos de su capacidad para proporcionar servicios que cambian la vida de las mujeres"* (Kumar, 2013).

Recuadro 3.2: Componentes del estigma

Los componentes del estigma son etiquetado, estereotipado, separación y pérdida de estatus; todos estos pueden producir discriminación a nivel individual y estructural. El estigma depende de los desequilibrios del poder que permiten que estas expresiones ocurran (Link y Phelan, 2001).

Debido a los tabúes culturales contra hablar abiertamente sobre sexualidad y reproducción, muchas mujeres y adolescentes **carecen de acceso a información** sobre asuntos de salud reproductiva, tales como anticoncepción y aborto seguro. La falta de conocimiento sobre su cuerpo y derechos influye en la capacidad de las mujeres para manejar su fertilidad y tomar decisiones informadas sobre los servicios de salud que reciben. Estos tabúes también producen **falta de apoyo social** para la salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Investigaciones realizadas en Nepal muestran que las redes sociales son importantes para las mujeres jóvenes en su toma de decisiones sobre aborto, encontrar un/a prestador/a de servicios y pagar por los servicios (Puri, 2002). Sin una red de apoyo social, una mujer o adolescente posiblemente no pueda identificar a alguien que le ayude a superar las barreras para obtener servicios de aborto seguro. Si ella busca ayuda, quizás no la reciba o tal vez enfrente repercusiones negativas (Turner et al., 2012).

3.3 BARRERAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Las mujeres y adolescentes enfrentan barreras en los sistemas de salud también. Mundialmente, existe una **escasez de unidades de salud** que proporcionan servicios de aborto seguro. En algunos países, debido a los reglamentos nacionales resulta difícil y lleva tiempo lograr que las unidades de salud consigan autorización para proporcionar servicios de aborto. En otros países, como India y Estados Unidos, la aprobación de reglamentos más estrictos ha forzado a las unidades de salud anteriormente autorizadas para proporcionar servicios de aborto a cerrar. A menudo hay grandes distancias entre las unidades de salud que ofrecen servicios o éstas son inaccesibles debido a la geografía e infraestructura inadecuada, especialmente en las zonas rurales (Turner et al., 2012).

India y Estados Unidos, al igual que muchos otros países, **carecen de prestadores de servicios** capacitados y comprometidos para proporcionar servicios de aborto seguro (Ministerio de Salud y Bienestar Familiar, Gobierno Federal de India, 2013; Shotorbani, 2004). En países donde se les permite solo a profesionales

Recuadro 3.3: Los límites de la objeción de conciencia

Las y los profesionales de la salud que están autorizados para proporcionar servicios de aborto pueden negarse a hacerlo basándose en sus convicciones solo bajo ciertas circunstancias. Independientemente de las convicciones de un/a prestador/a de servicios, él o ella debe:

- Informar a una mujer embarazada de todas las posibles opciones en salud, incluido el aborto, y respetar su decisión. Esto implica respetar las definiciones científicas de los servicios de salud reproductiva y no caracterizarlos incorrectamente basándose en sus creencias personales (FIGO, 2006);
- Establecer claramente qué servicios se niega a proporcionar, y referir a las mujeres a un/a prestador/a de servicios cercano que ofrece esos servicios (FIGO, 2006);
- Cuando una referencia podría causar demoras y poner la salud de la mujer en riesgo, proporcionar servicios de aborto oportunos, independientemente de sus objeciones personales (FIGO, 2006);
- Proporcionar servicios de aborto cuando la vida de la mujer corre peligro y la ley permite el aborto para salvar la vida de la mujer (Ipas, 2014b);
- Proporcionar atención postaborto esencial para salvar vidas, sin demoras, a todas las mujeres que la necesiten.

médicos o especialistas, tales como gineco-obstetras, realizar abortos, es más difícil para los sistemas de salud asegurar acceso a servicios seguros (Berer, 2009). Cuando las escuelas de ciencias de la salud excluyen el aborto de sus currículos, o el contenido enseñado no está actualizado, nuevos profesionales de la salud se reciben sin habilidades y conocimientos adecuados en servicios de aborto seguro.

Falta de privacidad es uno de los principales problemas que las mujeres, en particular las adolescentes, mencionan cuando son encuestadas sobre sus inquietudes con los servicios de salud (Anh et al., 2003). En comunidades donde el estigma en torno al aborto está extendido, las mujeres y adolescentes a menudo no desean ser vistas buscando servicios de aborto. Una adolescente quizás tenga miedo de encontrarse con alguien que conoce en la sala de espera, o que otras usuarias oigan su razón para acudir a la unidad de salud durante su admisión. Cualquier percepción, real o percibida, de que la privacidad y confidencialidad no serán protegidas crea barreras para obtener servicios de aborto seguro.

Actitudes prejuiciosas del personal de salud afectan la calidad de la atención brindada y los comportamientos relacionados con la búsqueda de servicios (Kipp et al., 2007). Al nacer, las personas empiezan a conocer las normas de su comunidad relacionadas con la sexualidad, y esas normas a menudo son reafirmadas a diario a lo largo de la vida (Turner et al., 2012). Sin oportunidades para aclarar sus valores y transformar sus actitudes, tanto las y los profesionales de la salud en formación como los que ya ejercen su profesión corren riesgo de juzgar a una mujer sin ser

totalmente consciente de sus expresiones y acciones. Esto puede manifestarse en su lenguaje corporal o en la manera en que tratan a la mujer. Por ejemplo, un/a prestador/a de servicios tal vez no ofrezca manejo del dolor como parte de los servicios de aborto, o cobre honorarios más altos a las mujeres solteras o mujeres que han tenido más de un aborto.

Costo es una barrera significativa para muchas mujeres, en particular las adolescentes, que rara vez tienen control autónomo de los recursos financieros, incluso cuando ganan ingresos.

Todas estas barreras son interdependientes unas de otras y se reafirman unas a otras. Por ejemplo, la discriminación de género y las convicciones de los formuladores de políticas afectan tanto el diseño como las acciones para imponer el cumplimiento de las leyes y políticas referentes al aborto. Debido al estigma en torno al aborto, algunas personas responsables de tomar decisiones en las escuelas de ciencias de la salud no están dispuestas a integrar el aborto en el currículo, lo cual mantiene el status quo de una fuerza laboral mal preparada y no respaldada. Todas estas barreras producen percepciones de que el aborto queda fuera del alcance de los servicios legítimos de salud sexual y reproductiva. Un estudio realizado en Kenia encontró que las mujeres jóvenes no identificaron el aborto como un servicio de salud:

> ***Las mujeres no acuden a profesionales médicos para interrumpir sus embarazos. ¡Los profesionales médicos no interrumpen embarazos!***
>
> — Mujer joven (Centro de Derechos Reproductivos, 2010)

3.4 ABORDANDO LAS BARRERAS

> ***A fin de defender el derecho a servicios de aborto debemos asegurarnos de que esté disponible, sea asequible económicamente y esté libre de obstáculos onerosos.***
>
> — Defensor de jóvenes a favor del aborto seguro (Manes, 2013)

Debido al contexto complejo y a menudo delicado en torno al aborto y las diversas barreras que enfrentan las mujeres y adolescentes, puede ser difícil ampliar el acceso a los servicios seguros y, en particular, abordar las barreras contextuales, tales como la discriminación de género y pobreza. Los programas de múltiples niveles, que trabajan a nivel de los sistemas de salud, comunidad y

políticas, tienen los resultados más positivos (Dick et al., 2006). Un primer paso en cualquier proceso del diseño de un programa es realizar un diagnóstico comunitario culturalmente apropiado de las necesidades, experiencias y recomendaciones de las mujeres y adolescentes. Este diagnóstico puede maximizar la eficacia del programa y establecer procesos participativos y apropiación local (Börjesson et al., 2012). Al poner en práctica soluciones generadas por la comunidad y la juventud se puede abordar las barreras que enfrentan las mujeres y adolescentes (Turner et al., 2012). Por ejemplo, las y los profesionales de la salud que forjan alianzas con la juventud para definir los servicios de salud de alta calidad están mejor capacitados para atender las necesidades de las personas jóvenes y fomentar comportamientos positivos relacionados con la búsqueda de servicios (*Save the Children*, 2008).

La Tabla 3.1 expone ejemplos de estrategias para abordar las barreras a los servicios de aborto seguro. Varias de las estrategias mencionadas pueden combinarse en un solo programa. Las y los profesionales de la salud en formación pueden trabajar en la mayoría de estas estrategias, especialmente si establecen alianzas con otras asociaciones de profesionales y partes interesadas. Según el contexto y los resultados programáticos deseados, puede resultar más eficaz o realista para profesionales de la salud en formación aplicar ciertas estrategias, las cuales se indican con un asterisco (*).

EN RESUMEN

- Debido a las barreras tales como directrices restrictivas para proporcionar servicios de aborto, el predominante estigma en torno al aborto y la falta de unidades de salud que ofrecen servicios seguros, las mujeres que buscan interrumpir un embarazo no tienen ninguna otra alternativa que recurrir al aborto inseguro, incluso cuando sus circunstancias concuerdan con las indicaciones legales.
- Los esfuerzos por ampliar el acceso a los servicios de aborto seguro son más eficaces cuando abordan el problema en múltiples niveles (tales como legislativo, político, sociocultural y de sistemas de salud), de maneras culturalmente pertinentes y participativas.
- Todas las personas, incluso integrantes comunitarios y profesionales de la salud en formación o que ya ejercen su profesión, deben desempeñar un papel para ampliar el acceso al aborto seguro.
- Las y los profesionales de la salud en formación pueden crear mayor conciencia de las leyes vigentes referentes al aborto,

movimientos que abogan por leyes y políticas más progresistas, realizar actividades de educación y participación comunitaria, y abogar por la inclusión del tema de aborto seguro en sus currículos y práctica clínica.

TABLA 3.1: EJEMPLOS DE ESTRATEGIAS PARA ABORDAR LAS BARRERAS A LOS SERVICIOS DE ABORTO SEGURO

Niveles	Estrategias
Legislativo y político	• Sensibilizar a profesionales de la salud, personal de la unidad de salud y formuladores de políticas respecto al aborto, incrementar su entendimiento del marco legislativo y desarrollar su capacidad para interpretar las indicaciones legales plenamente. • Procurar influir en el marco legislativo. Las investigaciones sobre salud pública pueden ofrecer convincentes justificaciones para reformar la ley de un país referente al aborto y ampliar las indicaciones legales. Las asociaciones de profesionales y estudiantes pueden elaborar documentos de consenso y presionar a formuladores de políticas. Pueden testificar en audiencias legislativas y realizar actividades de extensión a los medios de comunicación.* • Elaborar o modificar normas y directrices clínicas que reflejen prácticas basadas en evidencia y eliminen las restricciones al aborto que no son exigidas por la ley. • Apoyar la aplicación de normas y directrices nuevas o modificadas.
Comunitario	• Concientizar a la comunidad acerca del embarazo no intencional, prevención del embarazo, aborto inseguro y leyes de aborto, y reunir apoyo para reducir el estigma y ampliar el acceso a los servicios de aborto seguro. Ejemplos de actividades son: teatros callejeros, ceremonias de café y té, conversaciones comunitarias, etc.* • Realizar intervenciones de sensibilización y transformación de actitudes con líderes comunitarios y religiosos, y crear una red de defensores comunitarios del aborto seguro.* • Capacitar a educadores de pares e integrar el aborto en los programas de educación de pares que procuran ofrecer sensibilización, apoyo social y referencias.* • Utilizar los medios de comunicación, líneas de atención telefónica, servicios de mensajes cortos (SMS) y otros métodos de extensión comunitaria para proporcionar a las mujeres información sobre cómo, cuándo y dónde obtener servicios seguros.* • Dirigir redes sociales informales o formales que ofrecen a las mujeres recursos, apoyo emocional y referencias o acompañamiento a servicios seguros.*
Sistemas de salud	• Abogar por la inclusión del aborto seguro en los currículos de ciencias de la salud y asegurar oportunidades de capacitación clínica para profesionales de la salud en formación.* • Simplificar los procesos para certificar las unidades de salud y ampliar el número de unidades de salud, públicas y privadas, autorizadas para ofrecer servicios de aborto. • Permitir que profesionales de la salud de nivel intermedio proporcionen servicios de aborto legalmente, en particular durante las primeras 12 semanas del embarazo. • Realizar talleres de sensibilización y capacitación clínica para profesionales de la salud y demás personal de la unidad de salud para desarrollar su capacidad y compromiso para prestar servicios de aborto seguro. • Ofrecer servicios de aborto con medicamentos para ampliar el acceso a los servicios en una variedad de ámbitos. • Establecer servicios de aborto amigables para jóvenes. • Proporcionar servicios gratuitos o abogar por subsidios de manera que las unidades de salud puedan ofrecer servicios a tarifas reducidas basadas en la capacidad de las mujeres para pagar. • Hacer los cambios necesarios a la infraestructura y actualizar los protocolos y prácticas de las unidades de salud para fortalecer la privacidad y confidencialidad para todas las usuarias.

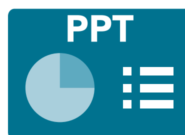
* Estrategias que pueden ser aplicadas por profesionales de la salud en formación

HERRAMIENTAS DEL **MÓDULO 3**

Hoja 3: Barreras al aborto seguro y estrategias para abordarlas

Actividad 3.A: Entendiendo las leyes y políticas nacionales referentes al aborto (1 hora y 15 minutos)

Actividad 3.B: La búsqueda de un aborto seguro: barreras y estrategias para abordarlas (1 hora y 45 minutos)



Este módulo está acompañado por el '**MÓDULO 3**' de la presentación (**Diapositivas 1 a 19**). Recuerde, todo material imprimible y diapositivas de la presentación están disponibles en la memoria USB y en www.ipas.org/jovenesabortoseguro.

¿Quiere mayor transformación de actitudes?

Dependiendo de los objetivos de aprendizaje, las preferencias de las personas participantes y la agenda del taller de capacitación, también podría realizar la siguiente actividad.

EL ÚLTIMO ABORTO: Esta actividad destaca las complejas circunstancias relacionadas con la decisión de una mujer de buscar servicios de aborto. Se invita a las personas participantes a examinar y cuestionar sus prejuicios en contra de ciertas mujeres embarazadas o ciertas circunstancias, así como sus creencias sobre las leyes y políticas referentes al aborto que restringen el acceso a los servicios de aborto seguro. Esta actividad ilustra la dificultad y los peligros de valorar las razones de una mujer para tener un aborto más que las razones de otra mujer. Lleva aproximadamente 40 minutos.

Una descripción detallada de la actividad e instrucciones para el equipo de facilitación se encuentran en:

Turner, K. L. y Page, K. C. (2012). *Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Transformacion-de-actitudes-respecto-al-aborto--Un-juego-de-herramientas-para-la-aclaracio.aspx

La actividad "El último aborto" adaptada específicamente para jóvenes se encuentra en:

McSmith, D., Börjesson, E., Villa, L. y Turner, K. L. (2012). *Transformación de actitudes respecto al aborto: Actividades de aclaración de valores adaptadas para las mujeres jóvenes*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Transformacion-de-actitudes-respecto-al-aborto--Actividades-de-aclaracion-de-valores-adapt.aspx



Hoja 3: Barreras al aborto seguro y estrategias para abordarlas

Las mujeres y adolescentes enfrentan muchas barreras para obtener servicios de aborto seguro. Estas barreras ayudan a explicar por qué algunas mujeres que buscan interrumpir embarazos no tienen otra opción más que recurrir a un aborto inseguro, incluso cuando sus circunstancias concuerdan con las indicaciones legales (Turner et al., 2012). Además, arrojan luz sobre por qué las adolescentes a menudo aplazan la búsqueda de ayuda para tratar las complicaciones relacionadas con el aborto (OMS et al., 2006).

Barreras legislativas y políticas	Barreras sociales y culturales	Barreras de los sistemas de salud
Leyes restrictivas y/o directrices nacionales referentes al aborto que: Limitan las indicaciones para el aborto seguro y legal • Limitan qué tipo de profesional de la salud puede realizar abortos • Requieren las firmas de varios profesionales de la salud • Exigen períodos de espera • Exigen la participación de terceras partes (tales como la madre, el padre o el cónyuge de la usuaria)	• Discriminación de género • Pobreza y desigualdad de acceso a recursos financieros para las mujeres • Instituciones y creencias religiosas • Estigma en torno al aborto • Acceso inadecuado a información y educación • Falta de sistemas de apoyo social	• Falta de unidades de salud que proporcionan servicios de aborto seguro • Escasez de profesionales de la salud capacitados y comprometidos para proporcionar servicios de aborto seguro • Baja calidad de los servicios, que incluye falta de privacidad y actitudes prejuiciosas de las y los profesionales de la salud y demás personal de la unidad de salud • Costo de los servicios

MÓDULO **TRES**



Debido al contexto complejo y a menudo delicado en torno al aborto y las diversas barreras interrelacionadas, puede resultar difícil ampliar el acceso a los servicios de aborto seguro. Los programas que incluyen estrategias de políticas, comunidad y sistemas de salud tienen los resultados más positivos (Dick et al., 2006). Un diagnóstico comunitario culturalmente pertinente de las necesidades, experiencias y recomendaciones de las mujeres y adolescentes es un primer paso valioso en el proceso de diseñar cualquier programa (Börjesson et al., 2012). Las y los profesionales de la salud en formación pueden trabajar en muchas estrategias diferentes para ampliar el acceso a los servicios de aborto seguro. Algunos ejemplos de estrategias que pueden ser aplicadas de manera eficaz y realista por profesionales de la salud en formación son:

Estrategias relacionadas con leyes y políticas	Estrategias relacionadas con la comunidad	Estrategias relacionadas con sistemas de salud
• Buscar influir en los marcos de leyes y políticas elaborando documentos de consenso y presionando a formuladores de políticas, testificando en audiencias legislativas y realizando actividades de extensión a los medios de comunicación	• Concientizar a la comunidad respecto al aborto inseguro y/o la ley vigente referente al aborto • Sensibilizar a la comunidad y líderes religiosos, y apoyar a las personas que abogan por el aborto seguro • Dirigir redes sociales que ofrezcan acompañamiento durante el aborto seguro	• Abogar por la inclusión del aborto seguro en los currículos de ciencias de la salud y asegurar oportunidades de capacitación clínica para desarrollar la capacidad y el compromiso de las y los profesionales de la salud en formación

Actividad 3.A: Entendiendo las leyes y políticas nacionales referentes al aborto

Adaptada de Turner et al., 2010

PROPÓSITO



Cada participante ampliará sus conocimientos de las leyes y políticas nacionales referentes al aborto y cómo éstas son interpretadas y aplicadas. Entender a fondo las leyes y políticas constituye una base importante para abordar las barreras a los servicios de aborto seguro.

TIEMPO

1 hora y 15 minutos

MATERIALES



» Video por Amnistía Internacional, titulado: *Beatriz, la negación del Derecho a la Salud*. Este corto video (que dura dos minutos) describe las circunstancias en torno al caso de una joven conocida como Beatriz en el año 2013 a quien le fue negado un aborto y está disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=qjVGzYYDs64. En caso de que este video no esté disponible, por favor busque un video similar en YouTube o fuentes noticieras reputables en línea, tales como BBC, Al Jazeera o New York Times, que cubran los hechos básicos de esta historia. Para obtener más información sobre la historia, por favor remítase al artículo de BBC Mundo "El Salvador niega un aborto a mujer con riesgo de muerte", el cual está disponible en http://www.bbc.co.uk/mundo/ultimas_noticias/2013/05/130530_salvador_aborto_beatriz_corte_dp.shtml.

» Documento suplementario: 'Hoja de trabajo sobre leyes y políticas nacionales referentes al aborto'

» Documentos de antecedentes de los países y regiones representados por las personas participantes:

› Leyes nacionales referentes al aborto

› Documentos sobre la aplicación de las leyes nacionales referentes al aborto, que pueden incluir políticas, normas y directrices sobre salud reproductiva, así como protocolos clínicos

› Estudios sobre la magnitud del aborto y estimaciones de la morbimortalidad materna, así como otros datos locales pertinentes sobre aborto

» Hoja de rotafolio, cinta adhesiva y marcadores.



El Archivo de Ipas de documentos que ofrecen orientación sobre el aborto es una colección con opción de búsqueda de documentos publicados por el gobierno sobre la prestación de servicios de aborto, la cual contiene documentos de más de 50 países y es actualizada con regularidad. Usted puede acceder el archivo en el sitio web de Ipas: http://www.ipas.org/es-MX/What-We-Do/Comprehensive-Abortion-Care/Standards-and-Guidelines.aspx.

Otras fuentes posibles para los documentos de antecedentes son:

- www.hsph.harvard.edu/population/abortion/abortionlaws.htm
- http://worldabortionlaws.com
- http://reproductiverights.org/en/resources
- http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/pub_fac_abortionlaws2009_WEB.pdf
- www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality
- Ministerios de Salud, Divisiones de Salud Reproductiva

PREPARATIVOS

1. Reunir y revisar los documentos de antecedentes para los países representados por las personas participantes. Recuerde ver no solo textos jurídicos, sino también políticas, normas y directrices nacionales referentes al aborto, si es posible.
2. Si la mayoría de las personas participantes provienen de países con leyes de aborto restrictivas, agregar ejemplos de leyes y políticas más progresistas dentro de la misma región para ilustrar todo el espectro de indicaciones para la interrupción legal del embarazo. Esto puede ayudar a las y los participantes a conocer más acerca del aborto en diferentes países. Ejemplos de leyes de aborto más progresistas, por región, son:
   a. Américas: Canadá y Cuba
   b. Asia: Nepal y Vietnam
   c. Oriente Medio y el Norte de África: Bahrein y Túnez
   d. África subsahariana: Etiopía y Sudáfrica
3. Compartir los documentos seleccionados con las personas participantes y pedirles que lean los documentos antes de asistir a esta actividad. Usted puede compartir los documentos por correo electrónico antes que empiece el taller de capacitación, o difundir copias impresas el primer día del taller.
4. Imprimir copias de la 'Hoja de trabajo sobre leyes y políticas nacionales referentes al aborto'.
5. Bajar el video y reproducirlo en el taller para probar los audiovisuales.
6. Considerar si es posible y beneficioso invitar a un/a abogado/a para que ayude con esta actividad. Esa persona debe estar bien informada de los derechos reproductivos y las leyes de aborto en su región, y respaldar las interpretaciones más amplias de esas leyes para ampliar el acceso a los servicios de aborto seguro y legal.

INSTRUCCIONES 1 2 3

1. Invite a todas las personas a participar al máximo en esta actividad. Infórmeles que el propósito de esta actividad es ayudarles a entender mejor las leyes y políticas nacionales referentes al aborto y cómo éstas son interpretadas y aplicadas. Entender a fondo las leyes y políticas constituye una base importante para abordar las barreras a los servicios de aborto seguro.
2. Confirme si las personas participantes leyeron los documentos de antecedentes que usted les envió antes de la actividad (Preparativo 3).
3. Invite a algunas personas a resumir lo que aprendieron de los documentos acerca de las leyes y políticas nacionales referentes al aborto. Pídales que identifiquen claramente y escriban en la hoja de rotafolio las diversas indicaciones para la interrupción legal del embarazo. Asegúrese de cubrir todos los países representados por las personas participantes, así como cualquier otro país que usted haya seleccionado para incluir como ejemplo.



Es posible que las personas participantes describan el aborto como ilegal en su país. A menos que en ese país exista una prohibición total del aborto terapéutico, esta declaración podría ser malinterpretada. Invite a las personas participantes a considerar otras frases. Por ejemplo: *"En mi país, el aborto es legal cuando…"*; *"En mi país, el aborto es legal en algunas circunstancias"*; o *"En mi país, el aborto está restringido por la ley"*.

4. Divida a las y los participantes en grupos pequeños de cuatro a cinco personas (si es posible por país o región). Entregue a cada participante una copia del documento suplementario 'Hoja de trabajo sobre leyes y políticas nacionales referentes al aborto'. Pida a los grupos que utilicen los documentos de antecedentes para llenar la hoja de trabajo. Indíqueles que escriban respuestas cortas, en viñetas, para cada pregunta. Concédales 20 minutos para concluir esta tarea. Si los grupos terminan antes, continúe con las instrucciones para la próxima actividad.

5. Pida que cada grupo seleccione a una persona como informante, e invite a cada informante a compartir los puntos clave de las respuestas de su grupo. Escriba las respuestas clave en la hoja de rotafolio. Conceda 15 minutos para compartir.

6. Muestre el video *Beatriz, la negación del Derecho a la Salud*.

7. Facilite una discusión del video. Conceda 15 minutos para la discusión. Si desea, puede iniciar la discusión con las siguientes preguntas:

   a. *¿Cuál es su primera impresión del caso presentado en el video?*

   b. *¿Cuáles son algunos ejemplos de barreras legislativas y políticas que contribuyeron a que Beatriz no tuviera acceso a la interrupción del embarazo?*

   c. *¿Qué oportunidades tuvieron los prestadores de servicios para actuar de manera diferente?*

   d. *¿Qué factores influyeron en la manera en que los prestadores de servicios interpretaron la ley y las indicaciones legales para el aborto?*

   e. *¿Qué pueden hacer las y los profesionales de la salud en formación para abordar las barreras legislativas y políticas al aborto seguro?*

8. Cierre la actividad destacando los puntos clave hechos por las personas participantes, y recuérdeles que entender a fondo las leyes y políticas referentes al aborto puede tener un impacto positivo en el acceso a los servicios de aborto seguro.

9. Agradezca al grupo por su participación y continúe con la próxima actividad.

NOTA PARA
EL/LA FACILITADOR/A

La **ACTIVIDAD 3.A** podría suscitar preguntas delicadas de las personas participantes. La información a continuación puede ayudarle a contestar algunas de esas preguntas. Si necesita ayuda para contestar otras preguntas delicadas, remítase a *Las evidencias hablan por sí solas: Diez datos sobre aborto* (Ipas, 2010).

Pregunta: Si ampliamos las indicaciones legales para el aborto seguro, ¿acaso no se volverán más promiscuas las mujeres?

» No existe ninguna evidencia que indique que al ampliar las indicaciones legales para el aborto seguro aumentan los 'comportamientos promiscuos'. Diferentes personas tienen diferentes percepciones sobre la promiscuidad, y esas percepciones están arraigadas en estereotipos de género y en creencias culturales y religiosas sobre cómo los hombres, mujeres y adolescentes deben (o no deben) expresar su sexualidad. A menudo tenemos un doble estándar respecto a los comportamientos que consideramos promiscuos entre las mujeres comparados con aquellos entre los hombres.

» Al ampliar las indicaciones legales para el aborto seguro se salva la vida de las mujeres y se mejora su salud. Investigaciones realizadas en todas partes del mundo muestran que la morbimortalidad materna disminuye cuando el aborto es más accesible legalmente. En la década después que Barbados reformó su ley referente al aborto, las admisiones por septicemia (infección grave, que puede ser causada por el aborto inseguro) disminuyeron en un 73%, en el Hospital Queen Elizabeth (Nunes y Delph, 1996). Durante el primer año después que Rumanía liberalizó su ley, la mortalidad materna disminuyó en un 67% (Hord et al., 1991; Stephenson et al., 1992). En Sudáfrica, hubo una disminución del 91% en muertes causadas por el aborto inseguro entre 1994 y 2001 (la Ley de Libre Elección respecto a la Interrupción del Embarazo fue promulgada en febrero de 1997) (Jewkes et al., 2005).

Pregunta: ¿Cómo puede ser legal el aborto si mata a un bebé?

» Todos tenemos diferentes creencias personales en cuanto a si, y cuándo, un embrión o feto puede ser considerado un ser humano con los mismos derechos que las personas natas. En la ciencia, filosofía y teología existe una variedad de opciones sobre cuándo comienza la vida humana. En 1974, el Vaticano reconoció que no sabe cuándo un feto pasa a ser persona (Católicas por el Derecho a Decidir, 2011). El Tribunal Europeo de Derechos Humanos determinó que "no hay un consenso en Europa sobre la definición

científica y legal del comienzo de la vida" (IPPF, 2008). En Islam, algunas corrientes de pensamiento permiten el aborto antes que el feto sea considerado un ser humano completo ('encarnación del alma'). Muchas corrientes reconocen excepciones incluso después de la encarnación del alma, cuando el embarazo pone en peligro la vida de la mujer o de su bebé lactante, o en casos de violación y malformación fetal (Shaikh, 2003).

» No todas las personas creen que interrumpir un embarazo es lo mismo que matar a un bebé. En algunas tradiciones budistas, las intenciones de una persona son más importantes para determinar la moralidad de un acto que el mismo acto (Centro de Derechos Reproductivos, 2005). Muchas personas creen que permitir que las mujeres mueran muertes evitables a causa del aborto inseguro es un acto inmoral (Turner y Page, 2009).

Hoja de trabajo sobre leyes y políticas nacionales referentes al aborto



Por favor revise los documentos de antecedentes de nuevo y escriba respuestas cortas, en viñetas, a las preguntas 1 a 5 a continuación. Puede dividir las preguntas de la hoja de trabajo entre las personas en su grupo.

Si ni usted ni el/la facilitador/a pueden encontrar respuestas a estas preguntas en los documentos de antecedentes para su país, puede seleccionar otro país para el cual los documentos necesarios están disponibles. Le invitamos a continuar explorando las respuestas para el contexto de su país cuando regrese a su casa después del taller de capacitación.

1. **¿Cómo es considerado el aborto en el marco jurídico de su país?** ¿Cuáles son las indicaciones para el aborto especificadas por la ley vigente en su país? ¿Qué otros elementos que regulan la prestación de servicios de aborto están presentes en la ley, si alguno?

2. **¿Qué elementos de la prestación de servicios de aborto no son mencionados explícitamente o no están claros en la ley?** Los ejemplos pueden incluir detalles sobre qué tipo de profesionales de la salud están autorizados para realizar abortos, o límites de edad gestacional para recibir servicios de aborto.

3. **¿Existen en su país políticas, normas y directrices nacionales o protocolos clínicos relacionados con el aborto?** Si la respuesta es sí, ¿cómo se comparan con la ley referente al aborto? ¿Qué barreras existen en estos documentos de aplicación que no son exigidas por la ley referente al aborto?



4. **En su país, ¿qué impacto tienen las barreras legislativas y políticas en…?**

    a. **El acceso de las mujeres y adolescentes a servicios de aborto seguro**

    b. **La buena voluntad y capacidad de las y los profesionales de la salud para proporcionar servicios de aborto seguro**

    c. **La magnitud del aborto inseguro y morbimortalidad materna relacionada**

5. **En su país, ¿cómo podrían interpretarse las leyes y políticas de una manera más amplia para incrementar el acceso a los servicios de aborto seguro?** ¿Qué lenguaje en la ley está abierto a una interpretación más amplia para incrementar el acceso a los servicios de aborto seguro? Ejemplos: profesional médico puede interpretarse como un/a médico/a, partera u otro/a prestador/a de servicios de salud de nivel intermedio. La depresión clínica y pensamientos suicidas pueden poner en peligro la vida de la mujer embarazada. Las luchas socioeconómicas pueden ser interpretadas como amenazas para la salud mental de la mujer.

Actividad 3.B: La búsqueda de un aborto seguro: barreras y estrategias para abordarlas

Adaptada de Turner et al., 2012

PROPÓSITO

Cada participante entenderá las diversas barreras que encuentran las mujeres, en particular las adolescentes, cuando buscan servicios de aborto seguro. Aprenderán diferentes estrategias para abordar esas barreras, especialmente estrategias que puedan ser aplicadas por profesionales de la salud en formación.

TIEMPO

1 hora y 45 minutos. Dado que esta actividad consiste en dos partes, se aconseja dar un receso o hacer un ejercicio de animación. La Parte I dura 45 minutos; la Parte II, una hora.

MATERIALES

- 'Módulo 3' de la presentación, **diapositivas 7 a 18**
- Hojas de rotafolio, cinta adhesiva y marcadores
- Documento suplementario: 'Historia sobre barreras a los servicios'
- Documento suplementario: 'Hoja sobre las barreras a los servicios' en *Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: un juego de herramientas para la capacitación* (Turner et al., 2012, Herramienta 2.A). Esta hoja es opcional; si decide utilizarla, puede adaptarla, si así desea.
- Documento suplementario: 'Hoja sobre cómo ampliar el acceso a los servicios de aborto' en *Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: un juego de herramientas para la capacitación* (Turner et al., 2012, Herramienta 5.A). Esta hoja también es opcional; si decide utilizarla, puede adaptarla, si así desea.

PREPARATIVOS

1. Revisar las diapositivas de la presentación.
2. Compilar una lista de las diferentes barreras que las mujeres y adolescentes enfrentan cuando buscan servicios de aborto seguro.
3. Dibujar en una hoja de rotafolio la plantilla de la 'Historia sobre barreras a los servicios'.
4. Si decide utilizar las hojas opcionales, imprimir suficientes copias para distribuir a cada participante.

INSTRUCCIONES 1 2 3

PARTE I (Barreras)

1. Invite a todas las personas a participar al máximo en esta actividad. Infórmeles que el propósito de esta actividad es que cada participante entienda las diferentes barreras que enfrentan las mujeres, en particular las adolescentes, cuando buscan servicios de aborto seguro. Aprenderemos diversas estrategias para abordar esas barreras; nos enfocaremos en estrategias que puedan ser aplicadas por profesionales de la salud en formación.

2. Pida que cada participante cierre los ojos y piense en una adolescente en su país. Si desea, puede utilizar las siguientes preguntas para guiar la discusión. Después de cada pregunta, haga una pausa de varios segundos. Al final, deje que las personas participantes permanezcan sentadas en silencio durante unos minutos antes de pedirles que abran los ojos.

   a. *Piensen en una adolescente en su país. ¿Cuál es su apariencia física? ¿Qué ropa lleva puesta?*

   b. *¿Dónde se encuentra ella en estos momentos?*

   c. *¿Qué le gusta hacer?*

   d. *¿Qué retos enfrenta en su vida?*

   e. *Imagínense que esta adolescente está embarazada. ¿Cómo se siente ella?*

   f. *¿A quién le contaría ella acerca de su embarazo?*

   g. *¿Quién influirá en la decisión de qué hacer respecto al embarazo?*

   h. *Si ella decide tener un aborto, ¿qué fuentes de apoyo y servicios tiene ella en su comunidad?*

3. Divida a las personas en grupos de cuatro a cinco participantes. Entregue a cada grupo hojas de rotafolio, cinta adhesiva y marcadores.

4. Coloque en la pared la hoja de rotafolio con la plantilla de la 'Historia sobre barreras a los servicios', y pida que cada grupo la copie en silencio a su hoja de rotafolio.

5. Pida a los grupos que identifiquen quién es la adolescente en su 'Historia sobre barreras a los servicios'. Invíteles a pensar en una adolescente común y corriente en su país que tiene acceso a menos recursos o que enfrenta más retos en su vida, quizás como la niña que se imaginaron a principios de esta actividad. Pídales que la dibujen y escriban su nombre en el primer recuadro de la plantilla de la historia.

6. Invite a los grupos a discutir la primera categoría de barreras que enfrenta la adolescente: barreras legislativas y políticas. Pida que cada grupo indique en el segundo recuadro, ya sea dibujando símbolos o escribiendo, las diferentes barreras que identifiquen.

7. Después de unos minutos, invite a un grupo a compartir las barreras legislativas y políticas que identificaron.

8. Invite a los otros grupos a compartir cualquier otra barrera legislativa o

política que no haya sido mencionada anteriormente. Continúe alrededor del salón hasta que ningún grupo pueda mencionar ninguna otra barrera legislativa o política. Si no dispone de mucho tiempo, puede saltar esta instrucción y pasar directamente de la instrucción 7 a la 9. Si lo hace, asegúrese de pedir a diferentes grupos que hablen sobre cada una de las barreras restantes.

9. Resuma todas las barreras legislativas y políticas importantes; (si es necesario) identifique las barreras que no fueron mencionadas por los grupos.

10. Repita las instrucciones 6 a 9 para cada una de las demás categorías de barreras: sociales y culturales, barreras de sistemas de salud y otras barreras. Discuta una categoría a la vez.

11. Una vez que hayan discutido todas las categorías de barreras, dé algunos ejemplos de cómo las diferentes categorías de barreras están interrelacionadas, e invite a las personas participantes a reflexionar sobre su impacto. Si desea, puede utilizar las siguientes preguntas para guiar la discusión. Conceda cinco minutos para la discusión.

    a. *¿Cómo están interrelacionadas las diferentes barreras?*

    b. *¿Cuál es la probabilidad de que las adolescentes en sus historias tengan un aborto seguro?*

    c. *¿Cómo las barreras como las que hemos identificado explican la tasa desproporcionadamente alta de aborto inseguro y complicaciones relacionadas con el aborto inseguro entre adolescentes?*

12. Si utiliza las hojas opcionales, distribuya copias de la 'Hoja sobre barreras a los servicios'.

13. Destaque los puntos clave de la discusión. Si desea, puede resumir con las siguientes palabras:

    Las mujeres y adolescentes enfrentan muchas barreras para obtener servicios de aborto seguro, tales como discriminación de género; desigualdad de acceso a recursos financieros y control de estos, por lo cual los servicios de aborto seguro son inalcanzables debido a su costo; estigma relacionado con el aborto; temor de ser juzgada por el/la prestador/a de servicios; y falta de privacidad en la unidad de salud. Debido a estas barreras, muchas mujeres y adolescentes que buscan interrumpir un embarazo no tienen otra alternativa que recurrir a un aborto inseguro, incluso cuando sus circunstancias concuerdan con las indicaciones legales para el aborto seguro. Las barreras explican por qué las adolescentes tienden a buscar servicios de aborto más tardíamente que las adultas, y por qué son más propensas que las adultas a postergar la búsqueda de ayuda para tratar las complicaciones. Es urgente eliminar el mayor número posible de estas barreras para asegurar que las mujeres y adolescentes reciban los servicios que necesitan y a los cuales tienen derecho.

PARTE II (Estrategias)

1. Presente las diapositivas sobre barreras (**diapositivas 7 a 14**). Si acaba de concluir la primera parte de esta actividad, dedique no más de 10 minutos a resumir el contenido de las diapositivas.
2. Invite a los grupos pequeños a intercambiar su hoja de rotafolio 'Historia sobre barreras a los servicios' con la historia de otro grupo. Cada grupo debe tener una historia que no preparó.
3. Pida a los grupos que coloquen en la pared la hoja de rotafolio que recibieron y que se reúnan a su alrededor.
4. Pídales que identifiquen estrategias que puedan abordar las barreras en su nueva hoja de rotafolio. Indíquele que enumeren las estrategias, ya sea dibujando símbolos o escribiéndolas en los bordes de la nueva hoja de rotafolio. Concédales 15 minutos para esta tarea.
5. Invite a los grupos pequeños a discutir qué estrategias son las más eficaces y factibles para ser aplicadas por profesionales de la salud en formación, ya sea independientemente en sus asociaciones o en alianza con otras partes interesadas. Los grupos deben identificar estas estrategias de manera uniforme. Por ejemplo, dibujando una estrella al lado de cada una.
6. Invite a las personas participantes a caminar alrededor del salón para leer las estrategias que identificaron los grupos. Puede resultar particularmente interesante para las personas encontrar su 'Historia sobre barreras a los servicios' y leer las estrategias que sus colegas mencionaron para la misma.
7. Invite a las personas a tomar asiento. Reconozca la riqueza de ideas que compartieron. Resuma las estrategias enumeradas y destaque las estrategias marcadas como eficaces y factibles para ser aplicadas por profesionales de la salud en formación.
    a. Si las siguientes estrategias no han sido mencionadas, menciónelas antes de pasar a la próxima instrucción: aclaración de valores para la transformación de actitudes (AVTA) respecto al aborto, con diversos grupos de partes interesadas, incluyendo a líderes religiosos, líneas de atención telefónica sobre aborto seguro y fondos, y empoderando a profesionales de la salud de nivel intermedio para que ofrezcan servicios de aborto seguro.
8. Facilite una discusión en plenaria. Si desea, puede utilizar las siguientes preguntas. Asegúrese de tener 20 minutos restantes para esta discusión. Si le preocupa el tiempo, sugerimos que se enfoque en las preguntas C, D y E.
    a. ¿Quién es responsable de mejorar el acceso a los servicios de aborto seguro y legal?
    b. ¿Cuáles son las consecuencias para las mujeres y sociedades si no reducimos las barreras para obtener servicios de aborto seguro y legal?
    c. ¿Qué fue fácil o difícil de identificar las estrategias que amplían el acceso a los servicios de aborto seguro?

   d. *¿Qué oportunidades tienen las y los profesionales de la salud en formación para aplicar estrategias a favor del aborto seguro?*

   e. *¿Cuáles son algunos de los retos que las y los profesionales de la salud en formación podrían encontrar cuando tratan de aplicar las estrategias a favor del aborto seguro? ¿Cómo podemos superar esos retos?*

9. Presente las diapositivas sobre cómo abordar las barreras (**diapositivas 15 a 18**).

10. Si está utilizando las hojas opcionales, distribuya copias de la 'Hoja sobre cómo ampliar el acceso a los servicios de aborto'.

11. Cierre la actividad resumiendo los puntos clave.

12. Recuérdeles a las personas participantes que en el Módulo 5 de este taller de capacitación practicarán diferentes acciones que pueden tomar las y los profesionales de la salud en formación para promover el aborto seguro.

13. Agradezca al grupo por su participación y continúe con el próximo módulo.

HISTORIA SOBRE BARRERAS A LOS SERVICIOS

Instrucciones: Copie la siguiente tabla en el centro de una hoja de rotafolio. Asegúrese de que haya espacio suficiente alrededor de los bordes de la hoja de rotafolio para agregar notas adhesivas o tarjetas más adelante.

Deje espacio en la hoja de rotafolio aquí

Deje espacio en la hoja de rotafolio aquí

Deje espacio en la hoja de rotafolio aquí

Ésta es la historia de una adolescente que necesitaba un aborto seguro:	
[Dibuje o pegue un retrato de una adolescente aquí]	BARRERAS LEGISLATIVAS Y POLÍTICAS
BARRERAS SOCIALES Y CULTURALES	BARRERAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD
OTRAS BARRERAS	[Dibuje o pegue aquí un retrato de un símbolo que representa un aborto seguro. Por ejemplo: una unidad de salud, un/a prestador/a de servicios, métodos de aborto seguro, etc.]

Deje espacio en la hoja de rotafolio aquí

MÓDULO **TRES**

MÓDULO 4: Atención integral del aborto



Módulo 4: Atención integral del aborto

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Este módulo les presenta a las personas participantes los elementos esenciales de la atención integral del aborto (AIA) centrada en la mujer, que incluyen consejería y métodos seguros de aborto. El conocimiento de lo que comprende el aborto seguro puede ayudar a desmitificar el proceso y procedimiento, y contrarrestar los mitos e información incorrecta que hayan oído las personas participantes en los medios de comunicación. El módulo también ayuda a cada participante a identificar los signos de las complicaciones relacionadas con el aborto. Aunque este módulo trata los aspectos clínicos del aborto seguro, **no prepara a las personas participantes para la prestación de servicios de aborto**. Al final de este módulo cada participante podrá:

- Describir los elementos esenciales de la atención integral del aborto centrada en la mujer, que incluyen consejería y métodos seguros de aborto.
- Identificar los signos y complicaciones relacionados con el aborto.

PRINCIPALES RECURSOS

- ❑ Ipas (2014). Capítulo: Consentimiento informado, información y consejería. *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia* (2a ed.). K. L. Turner y A. Huber (Eds.). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/La-atencion-integral-del-aborto-centrada-en-la-muher--manual-de-referencia.aspx
- ❑ Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). Capítulo 2: Atención clínica para las mujeres en quienes se practica un aborto. *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (2a ed.). Ginebra, Suiza: OMS. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf
- ❑ Universidad de Ipas. *Introduction to uterine evacuation with medicines* OR *What women need to know to successfully use medical abortion pills*. Ambos cursos disponibles en www.ipasu.org
- ❑ Renner, R. M., de Guzman, A. y Brahmi, D. (2013). *Provision of abortion care for adolescent and young women: A systematic review*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Provision-of-Abortion-Care-for-Adolescent-and-Young-Women--A-Systematic-Review.aspx
- ❑ Ipas. (2015). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Esta publicación semestral ofrece la orientación clínica más actualizada de Ipas. http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Actualizaciones-clinicas-en-salud-reproductiva.aspx

El equipo de facilitación puede marcar las casillas a medida que termine de utilizar cada uno de los principales recursos.

RECURSOS SUPLEMENTARIOS

ORIENTACIÓN CLÍNICA

Ipas. (2013). WHO safe abortion guidance: Updates and recommendations. Chapel Hill, NC: Ipas. www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/WHO-safe-abortion-guidance--Updates-and-recommendations.aspx

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Manual de práctica clínica para un aborto seguro*. Ginebra, Suiza: OMS. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/es/

ABORTO CON MEDICAMENTOS

Universidad de Ipas. (2009). Aborto en el primer trimestre con misoprostol. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. www.ipasu.org

Universidad de Ipas. (2010). Aborto en el primer trimestre con mifepristona y misoprostol. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. www.ipasu.org

Ipas. (2014). Guía de estudio sobre el aborto con medicamentos (2a ed.). K. L. Turner (Ed.). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/es-MX/News/2013/May/New-findings-support-both-outpatient-medical-abortion-up-to-10-weeks-gestation-and-home-us.aspx

Ipas. (2013). Nuevos hallazgos apoyan tanto los servicios ambulatorios de aborto con medicamentos hasta las 10 semanas de gestación como el uso domiciliario de mifepristona. Asuntos de aborto con medicamentos. Mayo 2013. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Newsletters/Asuntos-de-aborto-con-medicamentos--Mayo-2013-.aspx

ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA

Ipas. (2013). Pasos para realizar el procedimiento de aspiración manual endouterina *utilizando el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip®* (cartel). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Pasos-para-realizar-el-procedimiento-de-Aspiraci-n-Manual-Endouterina-utilizando-el-aspirador-Ipas-A.aspx

Universidad de Ipas. (2009). *Evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. www.ipasu.org

SERVICIOS DE ABORTO PARA LAS MUJERES JÓVENES

Dobkin, L. M., Perrucci, A. C. y Dehlendorf, C. (2013). Pregnancy options counseling for adolescents: Overcoming barriers to care and preserving preference. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 2013(43), 96–102.

Turner, K. L., Börjesson, E., Huber, A. y Mulligan, C. (2012). *Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Servicios-de-aborto-para-las-mujeres-jovenes--Un-juego-de-herramientas-para-la-capacitacio.aspx

Atención integral del aborto

Mujeres de todas las edades, etnias y religiones interrumpen sus embarazos. Algunas no tienen ninguna formación académica; otras tienen títulos universitarios avanzados. Algunas están casadas y tienen hijos; para otras, ésta es su primera experiencia de embarazo. La atención integral del aborto (AIA) centrada en la mujer es un modelo de atención holista, que incluye una variedad de servicios médicos, personalizados para las circunstancias y necesidades de salud de cada mujer (Ipas 2014b). Reconoce el derecho de la mujer a la privacidad y confidencialidad, consentimiento informado y autonomía en la toma de decisiones (Ipas, 2014b). Los elementos esenciales de la AIA son: consejería, aborto inducido, tratamiento del aborto incompleto o del aborto inseguro, servicios de anticoncepción y prestación de otros servicios de salud reproductiva o referencia a estos (Ipas, 2014b).

Buena salud no puede ser un privilegio; es un derecho humano.



— **Joy Phumaphi**, antigua Ministra de Salud en Botsuana (Fundación de las Naciones Unidas, 2012c)

4.1 CONSEJERÍA

¿Cuáles son los componentes clave de la consejería? La consejería es un elemento esencial de los servicios de aborto. Los conocimientos, actitudes, habilidades de comunicación verbal y no verbal y profesionalismo de un/a prestador/a de servicios contribuyen a la calidad de la consejería. Los componentes de la consejería son:

- **Apoyo emocional y escucha empática:** El/la prestador/a de servicios debe establecer una buena relación de comunicación mostrando comprensión y respeto. Él o ella debe motivar a la usuaria a hablar libremente y debe escuchar con la intención de entender, intelectual y emocionalmente, las circunstancias, necesidades y preferencias de la mujer. El/la prestador/a de servicios debe validar los sentimientos e inquietudes de la usuaria. Si la usuaria aún necesita apoyo emocional, o si se siente juzgada, no es receptiva a procesar la información (Lauwers y Swisher, 2011).
- **Privacidad y confidencialidad:** El/la prestador/a de servicios debe explicar e imponer el cumplimiento de las políticas de privacidad; debe asegurarle a la usuaria que la información intercambiada es confidencial. Los sistemas que protegen la privacidad y confidencialidad deben estar establecidos. Una

MÓDULO **CUATRO**

tercera parte debe estar presente solo si la usuaria expresa claramente su deseo de ser acompañada (Turner et al., 2012).

- **Información y discusión facilitada:** La información completa, presentada de una forma fácil de entender, sin prejuicios o sesgos, ayuda a la usuaria a resolver problemas y tomar una decisión informada. Posiblemente sea necesario considerar indicaciones clínicas de elegibilidad y el/la prestador/a de servicios debe dar recomendaciones y consejos médicos.
- **Respeto por la decisión:** La usuaria tiene derecho a tomar una decisión libre e informada. El/la prestador/a de servicios debe asegurar que la usuaria no sea forzada por nadie. Debe respetar la decisión de la usuaria aunque él o ella no esté de acuerdo (Turner et al., 2012).
- **Referencias:** Si la usuaria solicita servicios que el/la prestador/a de servicios se niega a ofrecerle, el/la prestador/a de servicios debe referirla de manera oportuna a otro profesional de la salud que le proporcione esos servicios y que sea accesible para la mujer (FIGO, 2006).

¿Qué temas son abordados durante la consejería? Tres temas principales pueden ser abordados durante la consejería: opciones del embarazo, métodos de aborto y anticoncepción postaborto. Existen consideraciones especiales para las mujeres que interrumpen su embarazo por razones de salud, especialmente si el embarazo era deseado (Baird et al., 2007).

- **Opciones del embarazo:** Una mujer que está embarazada puede 1) continuar el embarazo, con la intención de criar a su hija o hijo, o dar a su hija o hijo en adopción, o 2) interrumpir el embarazo. Por lo general, una mujer que busca un aborto ha considerado estas opciones cuidadosamente (Ipas, 2014b). Si la usuaria tiene preguntas sobre sus opciones, el/la prestador/a de servicios debe proporcionarle información y apoyo de una manera comprensiva, sin juzgarla. Si la mujer ha decidido que quiere tener un aborto, no necesita recibir consejería sobre las opciones del embarazo (Ipas, 2014b; OMS 2012b).
- **Métodos de aborto:** El/la prestador/a de servicios debe proporcionar información sobre los diferentes métodos para el aborto seguro y determinar si la usuaria reúne los criterios médicos de elegibilidad. En el primer trimestre, la aspiración por vacío y el aborto con medicamentos son los métodos recomendados (Ipas, 2014b). En el segundo trimestre, la dilatación

y evacuación (D&E) y el aborto con medicamentos son los métodos recomendados (OMS, 2012b). Una mujer que reúne los criterios médicos de elegibilidad para cualquiera de los dos métodos debe recibir apoyo para elegir su método preferido, ya que esto incrementa la probabilidad de que ella lo encuentre aceptable (OMS, 2012b).

> *[Una enfermera] me informó sobre todas las opciones. Era mucha información, pero me sentí como que fue mi decisión y lo más importante es que todavía no me sentía preparada para ser mamá.*
>
> — Mujer joven (IPPF, 2010))

- **Anticoncepción postaborto:** Una mujer puede quedar embarazada tan pronto como a los ocho días después de un aborto (Schreiber et al., 2011). El/la prestador/a de servicios debe apoyar a la mujer para que aclare y exprese cualquier necesidad o deseo de evitar futuros embarazos (Ipas, 2014b). Si la mujer desea recibir un método anticonceptivo, ella y su prestador/a de servicios deben determinar qué método es el más indicado para sus necesidades y circunstancias personales. La mayoría de los métodos anticonceptivos pueden utilizarse inmediatamente después de un aborto completo (Ipas, 2014b; OMS, 2010). Después de un aborto con medicamentos, el dispositivo intrauterino (DIU) y la esterilización pueden utilizarse una vez que se pueda determinar razonablemente que la mujer ya no está embarazada (Ipas, 2014b). Los métodos naturales, tales como los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, pueden utilizarse una vez que la mujer haya tenido una menstruación postaborto (Ipas, 2014b) y si sus ciclos menstruales son regulares (OMS, 2012b). Aceptar un anticonceptivo postaborto nunca debería ser una condición para recibir servicios de aborto (Turner et al., 2012).

¡RECUERDE! Los métodos anticonceptivos de acción prolongada, como los DIU, tienen mayores tasas de uso continuo y menores tasas de embarazos repetidos comparados con los métodos de corta acción (Cameron et al., 2012; Madden et al., 2012), pero solo la abstinencia constante o el uso correcto de condones reducen el riesgo de VIH.

¿Cuáles son las consideraciones para brindar consejería a adolescentes? La consejería debe considerar los derechos y protecciones especiales a los cuales tienen derecho las adolescentes, según la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC), las barreras únicas que pueden enfrentar las adolescentes para obtener

servicios seguros, así como las necesidades y deseos de cada adolescente. Los Estados y personas adultas tienen la obligación de crear ambientes en los que las adolescentes puedan ejercer estos derechos libre y plenamente (Naciones Unidas, 2003):

- **Consejería médica confidencial:** Las adolescentes tienen derecho a recibir consejería médica confidencial (CRC, Artículo 16). Las leyes nacionales que exigen la participación de terceras partes para el tratamiento médico, como el consentimiento de los padres, generalmente no cubren la consejería. Si una adolescente está acompañada por alguien, su prestador/a de servicios debe preguntarle en privado si ella desea que esa persona esté presente durante su consejería (Turner et al., 2012).
- **Autonomía en la toma de decisiones:** Las adolescentes tienen derecho a la autonomía en la toma de decisiones en consonancia con sus capacidades (CRC, Artículo 5). En situaciones estructuradas, tal como la prestación de servicios de salud, muchas adolescentes pueden comparar los riesgos y beneficios de diferentes procedimientos médicos y tomar decisiones sobre sus cuidados igual de bien que las adultas (Dobkin et al., 2013; Ehrlich, 2003; IPPF, 2011; Steinberg et al., 2009; Tillett, 2005). Ninguna persona adulta debe controlar la toma de decisiones de una adolescente cuando ella tiene la capacidad para tomar la decisión por sí misma (Lansdown, 2005). Cada profesional de la salud debe ser consciente de que las adolescentes a menudo se sienten o son presionadas para tomar ciertas decisiones sobre su embarazo (Brady et al., 2008; OMS, 2012a). El/la prestador/a de servicios debe asegurarse de que la decisión que tome la adolescente sea totalmente de ella.
- **Servicios médicos confidenciales:** Cuando una adolescente es capaz de tomar decisiones de manera autónoma, ella puede solicitar tratamiento médico confidencial (Naciones Unidas, 2003). El/la prestador/a de servicios debe considerar el interés superior de la adolescente, su salud y seguridad, y apoyar la prestación de servicios al máximo grado permitido por la ley.

Al grado permitido por la ley nacional, cada profesional de la salud debe aplicar el principio de competencia cuando atienda a adolescentes. Una adolescente que entiende la necesidad de proteger su salud reproductiva y que solicita servicios de salud seguros para ese fin puede ser considerada capaz de consentir en recibir esos servicios sin supervisión de sus padres (Cook y Dickens, 2000). Una adolescente que 1) ha identificado que está embarazada, 2)

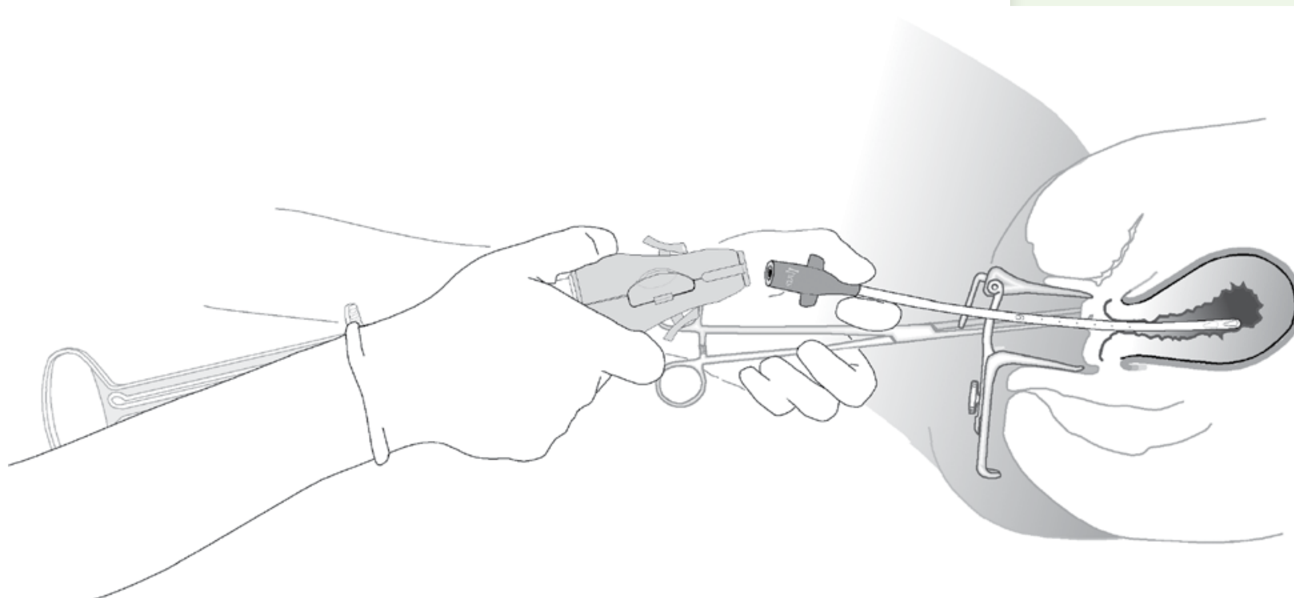
ha decidido que quiere interrumpir su embarazo y 3) ha buscado servicios de aborto seguro, puede suponerse capaz de dar su consentimiento libre para recibir servicios de aborto (Turner et al., 2012). Por medio de sus comportamientos para buscar servicios de salud, ella ha demostrado su capacidad.

4.2 ABORTO EN EL PRIMER TRIMESTRE

¿Cuáles son los métodos recomendados? La aspiración por vacío y el aborto con medicamentos son los métodos recomendados para el aborto en el primer trimestre. Ambos métodos son seguros y eficaces, incluso para adolescentes (Renner et al., 2013). El legrado uterino instrumental (LUI), también conocido como dilatación y curetaje (D&C), es un método anticuado que ya no es recomendado para el aborto, ni en el primer trimestre ni en el segundo.

¿Cómo funcionan? En el procedimiento de *aspiración por vacío*, el contenido del útero es evacuado, utilizando succión, a través de una cánula que está conectada a una fuente de vacío (ya sea un aspirador manual o una bomba eléctrica). Según el tamaño uterino, diferentes tamaños de cánulas son utilizados. La aspiración por vacío también es conocida como aborto instrumental o quirúrgico. El procedimiento consiste en dilatar el cérvix, introducir la cánula y aspirar el contenido uterino. Por lo general, lleva de tres a diez minutos (OMS, 2012b). Antes del procedimiento, el/la prestador/a de servicios y la usuaria deben ponerse de acuerdo en el plan para el manejo del dolor.

ILUSTRACIÓN 4.1: PRESTADOR/A DE SERVICIOS CONECTANDO EL ASPIRADOR MANUAL A LA CÁNULA



En el procedimiento de aborto con medicamentos, el contenido del útero es expulsado con el uso de medicamentos. Existen dos regímenes: mifepristona y misoprostol, y misoprostol solo. La mifepristona bloquea la progesterona e interfiere con la continuación del embarazo (OMS, 2012b), y el misoprostol causa la maduración cervical y contracciones uterinas (Ipas, 2014a). En algunos países donde la mifepristona no es aprobada, el régimen de misoprostol ofrece una importante alternativa a bajo costo, que reduce las tasas de aborto inseguro (Ipas, 2014a).

> ***El aborto con medicamentos representa una revolución en salud reproductiva. Salva la vida de las mujeres y tiene un enorme potencial de ampliar el acceso a los servicios de aborto seguro a un costo mínimo.***
>
> — **Dana Hovig**, Directora Ejecutiva de Marie Stopes International (Kristof, 2010)

Si se dispone de mifepristona, la mujer la toma primero, usualmente en la unidad de salud. Después se toma el misoprostol en un lugar donde se sienta segura, tal como su hogar o en la unidad de salud. Después de la administración de misoprostol, el tiempo promedio de expulsión es de tres a cuatro horas para el régimen combinado, y de siete a ocho horas para el régimen de misoprostol solo (Ipas, 2014a). La duración promedio del sangrado vaginal es de nueve a 14 días (Davis et al., 2000; OMS, 2012b). El/la prestador/a de servicios debe proporcionar a la mujer información completa sobre qué puede esperar, que incluya la extensión del sangrado normal, efectos secundarios comunes, cómo manejar el dolor y signos de advertencia de complicaciones. Esto es de particular importancia, ya que el aborto a menudo es finalizado en un servicio ambulatorio hasta las nueve semanas de gestación (Ipas, 2014a).

¿Cómo se siente la mujer después de un aborto? Las mujeres pueden experimentar una gran variedad de emociones después de un aborto. No hay una manera 'correcta' o 'incorrecta' de sentirse. Algunas mujeres sienten alivio, alegría, tristeza y pena a la vez. Las circunstancias en torno al embarazo—por ejemplo: si el embarazo fue intencional, si la pareja de la mujer la apoyó, y si hubo razones de salud para interrumpir el embarazo—pueden influir en cómo se siente la mujer. Es importante que la mujer que decide tener un aborto lo haga libremente y dé su consentimiento informado para el procedimiento (Kimport et al, 2011). Muchas mujeres que querían interrumpir su embarazo sienten alivio después y consideran que el aborto fue la mejor decisión para ellas (Foster et al., 2013). En cambio, si una mujer es presionada o

forzada a tener un aborto, es posible que ella sienta emociones negativas a largo plazo (Elliot, 2009; Kimport et al., 2011). Existen organizaciones que brindan apoyo emocional a mujeres que desean hablar anónimamente sobre sus experiencias de aborto. Una de esas organizaciones: www.exhaleprovoice.org.

Recuadro 4.1: Embarazo no deseado y salud mental

Las mujeres que tienen un embarazo no deseado corren mayor riesgo de tener problemas de salud mental, independientemente de que la mujer lleve el embarazo a término o tenga un aborto. El predictor más fidedigno de un problema de salud mental postaborto es tener una historia de problemas de salud mental antes del aborto (*National Collaborating Centre for Mental Health*, 2011).

TABLA 4.1: COMPARACIÓN ENTRE MÉTODOS DE ABORTO SEGURO UTILIZADOS EN EL PRIMER TRIMESTRE

(Hakim-Elahi et al., 1990; Ipas, 2010; Ipas, 2013b; Ipas, 2013c; Renner et al., 2013; OMS, 2012b)

	Aspiración por vacío	Aborto con medicamentos
Eficacia	La aspiración por vacío es sumamente eficaz. La tasa de aborto completo es del 99% al 100%.	El aborto con medicamentos es muy eficaz. El régimen combinado de mifepristona y misoprostol tiene una tasa de aborto completo del 95% al 98% sin necesidad de ninguna otra intervención. Para el régimen de misoprostol, la tasa es de un 85%.
Determinación de la edad gestacional	No es necesario el uso rutinario del ultrasonido. La edad gestacional puede establecerse por medio de la historia clínica de la paciente y el examen físico realizado por una persona con capacitación y habilidades necesarias.	No es necesario el uso rutinario del ultrasonido. La edad gestacional puede establecerse por medio de la historia clínica de la paciente y el examen físico realizado por una persona con capacitación y habilidades necesarias.
Manejo del dolor	Una combinación de palabras reconfortantes, técnicas clínicas suaves, un ambiente tranquilo, medicamentos orales y anestesia local (bloqueo paracervical).	Medicamentos orales. Una almohadilla térmica o bolsa de agua caliente también pueden ofrecer alivio.
Efectos secundarios	Náuseas, vómito, cólicos uterinos y sangrado parecido al de la menstruación.	Náuseas, vómito, diarrea, dolor de cabeza, mareos y fiebre. El sangrado y los cólicos no son efectos secundarios del aborto con medicamentos ya que son necesarios para expulsar el contenido uterino.
Ventajas	El procedimiento lleva solo unos minutos; puede finalizarse en una sola consulta; proceso predecible; seguridad de que el embarazo es interrumpido antes que la usuaria deje la unidad de salud.	Se siente más natural; a otras personas les parece más como un aborto espontáneo; no es necesario utilizar instrumental y es menos invasivo; puede utilizarse en privado y en ámbitos con bajos recursos; si el/la prestador/a de servicios no se siente cómodo con la aspiración por vacío, puede ofrecer el método de aborto con medicamentos.
Desventajas	Bajo riesgo de perforación uterina y laceración cervical; mayor riesgo de infección que el aborto con medicamentos	Más días de sangrado; mayor riesgo de aborto incompleto que la aspiración por vacío, especialmente con el régimen de misoprostol solo.

TABLA 4.2 COMPARACIÓN DE DOSIS PARA EL ABORTO CON MEDICAMENTOS, POR RÉGIMEN Y EDAD GESTACIONAL (primer y segundo trimestres)

Mifepristona y misoprostol	Misoprostol solo
Hasta nueve semanas de gestación: 200 mg de mifepristona por vía oral seguida de 800 mcg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal, 24 a 48 horas después (Ipas, 2014d). **De nueve a diez semanas de gestación:** 200 mg de mifepristona por vía oral seguida de 800 mcg de misoprostol, por vía bucal, 24 a 48 horas después (Ipas, 2014d). **De diez a trece semanas de gestación:** 200 mg de mifepristona por vía oral seguida de 800 mcg de misoprostol por vía vaginal, 36 a 48 horas después, y luego 400 mcg por vía vaginal o sublingual cada tres horas para un total máximo de cinco dosis (Ipas, 2014d). **De 13 a 24 semanas de gestación:** 200 mg de mifepristona por vía oral seguida de una dosis de 800 mcg de misoprostol por vía vaginal, 36 a 48 horas después, y luego 400 mcg por vía vaginal o sublingual cada tres horas para cuatro dosis más (OMS, 2012b).	**Hasta 13 semanas de gestación:** 800 mcg de misoprostol por vía vaginal cada tres a doce horas para un total máximo de tres dosis, u 800 mcg de misoprostol por vía sublingual cada tres horas para un total máximo de tres dosis (von Hertzen et al., 2007). **De 13 a 24 semanas de gestación:** 400 mcg de misoprostol por vía vaginal o sublingual cada tres horas para un total máximo de hasta cinco dosis. La vía vaginal es más eficaz que la sublingual para mujeres nulíparas (OMS, 2012b).

Recuadro 4.2: ¿Cuál es la orientación clínica más reciente para los servicios de aborto?

Esta sección contiene información clínica, que puede cambiar. Es importante que usted se mantenga al tanto de la orientación y evidencias más actualizadas. Recomendamos que se remita con regularidad a la publicación de Ipas titulada *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. Actualizada dos veces al año, esa publicación ofrece la orientación y evidencias clínicas más actuales. Las recomendaciones en *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva* sustituyen la información en otros recursos de Ipas, entre ellos esta guía. Usted puede obtener la versión más reciente del documento en: www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Actualizaciones-clinicas-en-salud-reproductiva.aspx

4.3 ABORTO EN EL SEGUNDO TRIMESTRE

¿Por qué tienen las mujeres abortos en el segundo trimestre? Una mujer puede buscar un aborto en el segundo trimestre porque encontró barreras para obtener servicios de aborto seguro en las etapas iniciales del embarazo. Por ejemplo, quizás necesitaba tiempo para ahorrar dinero para poder pagar por los servicios. Además, es posible que las clínicas locales no hayan podido ofrecer los servicios más temprano debido a la falta de profesionales de la salud capacitados. Las condiciones médicas que afectan a la mujer o al feto no pueden ser detectadas hasta más adelante en el embarazo; por ello, puede resultar riesgoso continuar con el embarazo.

¿Cuáles son los métodos recomendados? La *dilatación* y evacuación es un método seguro y eficaz para el aborto después de 14 semanas de gestación. Utiliza una combinación de aspiración por vacío y pinzas especializadas. La preparación cervical con dilatadores o medicamentos debe realizarse antes del procedimiento (OMS, 2012b). Después de la preparación cervical, el procedimiento generalmente dura no más de 30 minutos (OMS, 2012b). El/la prestador/a de servicios necesita capacitación y habilidades clínicas especiales para realizar el procedimiento de dilatación y evacuación de manera segura. Además, posiblemente necesite apoyo emocional de sus colegas y comunidad debido al estigma relacionado con el aborto en el segundo trimestre.

El otro método recomendado para el aborto en el segundo trimestre es el *aborto con medicamentos*. El protocolo clínico y las dosis para el aborto con medicamentos en el segundo trimestre difieren de aquellos en el primer trimestre (Ipas, 2014a; OMS, 2012b). Una vez que se inicia el misoprostol, la mujer típicamente ingresa en el hospital hasta que haya expulsado el contenido del útero, lo cual puede tardar entre unas horas y dos días. Todas las mujeres en proceso de aborto en el segundo trimestre deben recibir manejo adecuado del dolor, según lo acordado entre la usuaria y su prestador/a de servicios.

4.4 COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL ABORTO Y ATENCIÓN POSTABORTO

En muchos países, las complicaciones del aborto inseguro realizado en el segundo trimestre causan la mayoría de las muertes relacionadas con el aborto (Gebreselassie et al., 2005; Jewkes et al., 2004). En cambio, las complicaciones del aborto seguro y legal,

especialmente en las etapas iniciales del embarazo, son muy raras (OMS, 2012b). Es importante eliminar el mayor número posible de barreras al aborto seguro en el primer trimestre, ya que una demora en inducir el aborto aumenta el riesgo de complicaciones (Bartlett, 2004). Posibles complicaciones mayores, tales como aborto incompleto o fallido, lesión cervical o uterina, septicemia, hemorragia y reacciones alérgicas a los medicamentos utilizados para el aborto o el manejo del dolor, han sido reportadas en menos del 0.1% de los abortos seguros y legales (Hakim-Elahi et al., 1990; Jejeebhoy et al., 2011; Warriner et al., 2006; Weitz et al., 2013). Por favor remítase al Recuadro 1.2 'La seguridad del aborto' para ver datos más detallados.

La atención postaborto incluye el tratamiento médico de las complicaciones relacionadas con el aborto, así como consejería, servicios de anticoncepción y prestación de otros servicios de salud reproductiva o referencia a estos. En situaciones que pongan en riesgo la vida de la usuaria, la evaluación clínica completa y el consentimiento informado pueden aplazarse hasta que la mujer se haya estabilizado (Ipas, 2014b). Tanto la aspiración por vacío como el misoprostol son métodos recomendados para la atención postaborto (Ipas, 2014b). El acceso oportuno a la atención postaborto para todas las mujeres que la necesitan reduce la morbimortalidad relacionada con el aborto.

Recuadro 4.3: Signos de alarma de complicaciones relacionadas con el aborto

Si una mujer muestra cualquiera de los signos de alarma de complicaciones relacionadas con el aborto, debe acudir a la unidad de salud más cercana o a la sala de urgencias. Una persona que esté familiarizada con estos signos de alarma podría ayudarla a acceder a servicios de atención postaborto que le salven la vida.

- Sangrado excesivo (empapar más de dos toallas sanitarias por hora durante dos horas consecutivas);
- Secreción vaginal de olor inusual o fétido, especialmente si es acompañada de dolor abdominal o cólicos intensos;
- Fiebre que aparece cualquier día después de haber usado misoprostol;
- Dolor abdominal intenso, que ocurre cualquier día después de haber tomado misoprostol o de haber finalizado la aspiración por vacío;
- Náuseas persistentes y vómito;
- Malestar intenso y debilidad, sin poder levantarse de la cama (Ipas, 2014b).

EN RESUMEN

- Los elementos esenciales de la atención integral del aborto centrada en la mujer son: consejería, aborto inducido, tratamiento del aborto incompleto o aborto inseguro, servicios de anticoncepción y prestación de otros servicios de salud reproductiva o referencia a estos. No es necesario hacer un ultrasonido rutinario.
- La aspiración por vacío y el aborto con medicamentos son métodos seguros y eficaces en el primer trimestre del embarazo. La aspiración por vacío utiliza succión para evacuar el contenido del útero. El aborto con medicamentos utiliza medicamentos para desprender y expulsar el contenido uterino. Existen dos regímenes para el aborto con medicamentos: mifepristona y misoprostol, y misoprostol solo. Las dosis varían según la edad gestacional.
- Si una mujer decide interrumpir su embarazo, tiene derecho a dar su consentimiento informado para el procedimiento de aborto. Una mujer que reúne los criterios médicos de elegibilidad para más de un método también tiene derecho a decidir qué método prefiere.
- Las complicaciones del aborto seguro y legal son sumamente raras. Una mujer que muestra signos de alarma de complicaciones relacionadas con el aborto debe buscar atención postaborto sin demora. Entre los signos de alarma figuran: sangrado vaginal excesivo, secreción vaginal de olor inusual o fétido, dolor abdominal intenso, náuseas persistentes, vómito y malestar intenso.

HERRAMIENTAS DEL **MÓDULO 4**

Hoja 4: Atención integral del aborto

Actividad 4.A: Atención integral del aborto y crucigrama (1 hora)

Actividad 4.B: ¿Por qué soy prestador/a de servicios de aborto? (30 minutos)



Este módulo está acompañado por el '**MÓDULO 4**' de la presentación (**Diapositivas 1 a 35**). Recuerde, todo material imprimible y diapositivas de la presentación están disponibles en la memoria USB y en www.ipas.org/jovenesabortoseguro.

¿Quiere mayor transformación de actitudes?

Dependiendo de los objetivos de aprendizaje, las preferencias de las personas participantes y la agenda del taller de capacitación, también podría realizar la siguiente actividad.

CREENCIAS PERSONALES VS. RESPONSABILIDADES PROFESIONALES:
Esta actividad es apropiada para profesionales de la salud con alto nivel de alfabetización que brindan atención clínica directa, o para profesionales que no trabajan en servicios de salud cuyo trabajo está relacionado con los servicios de aborto, referencias o promoción y defensa *(advocacy)*. El objetivo de la actividad es ayudar a las personas a realizar y resolver conflictos entre sus creencias personales y responsabilidades profesionales, y reconocer el vínculo entre estas creencias y sus comportamientos. Durante esta actividad se trata el tema de objeción de conciencia y se hace hincapié en las responsabilidades del personal de salud de asegurar el derecho de las mujeres a recibir servicios de salud reproductiva, que incluyen aborto seguro. Esta actividad lleva aproximadamente 1 hora.

Una descripción detallada de la actividad e instrucciones para el equipo de facilitación se encuentran en:

Turner, K. L. y Page, K. C. (2012). *Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales.* Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

En el momento en que esta guía fue publicada, no existía ninguna adaptación de esta actividad específicamente para jóvenes.



Hoja 4: Atención integral del aborto

La atención integral del aborto centrada en la mujer es un modelo holista de servicios adaptados para las circunstancias y necesidades de salud de cada mujer. Incluye consejería, aborto inducido, tratamiento del aborto incompleto o aborto inseguro, servicios de anticoncepción y prestación de otros servicios de salud reproductiva o referencia a estos (Ipas, 2014b). La consejería puede abordar las opciones del embarazo, métodos de aborto y anticoncepción postaborto. Las mujeres tienen derecho a dar su consentimiento libre e informado para recibir servicios de aborto. Las mujeres que reúnen los criterios médicos de elegibilidad también tienen derecho a decidir qué método de aborto prefieren.

COMPARACIÓN ENTRE MÉTODOS DE ABORTO EN EL PRIMER TRIMESTRE

	Aspiración por vacío	Aborto con medicamentos
Mecanismo de acción	El útero es evacuado utilizando succión.	Los medicamentos desprenden y expulsan el embarazo. Existen dos regímenes: mifepristona y misoprostol, y misoprostol solo.
Proceso	El procedimiento consiste en dilatar el cérvix, introducir una cánula y succionar el contenido uterino con un aspirador manual o una bomba eléctrica. Por lo general, dura de tres a diez minutos.	Si se dispone de mifepristona, la usuaria primero la toma por vía oral. Hasta dos días después, se toma el misoprostol (las dosis y vía de administración varían según la edad gestacional). Posiblemente expulse el contenido uterino en unas horas, y sangre o tenga machado durante aproximadamente dos semanas.
Eficacia	La tasa de aborto completo es del 99% al 100%.	La tasa de aborto completo con mifepristona y misoprostol es del 95% al 98%. Para el régimen de misoprostol solo, la tasa es de un 85%.
Ventajas	Puede realizarse en una sola consulta. La mujer tiene la certeza de que la interrupción de su embarazo ha finalizado antes de dejar la unidad de salud.	Se siente más natural y las personas lo perciben más como un aborto espontáneo. Puede utilizarse en entornos privados (tal como en la casa) y en lugares con bajos recursos.

Después de un aborto completo sin complicaciones, todos los métodos anticonceptivos son recomendados y la mayoría puede utilizarse inmediatamente (OMS, 2010).

Las complicaciones del aborto seguro y legal son sumamente raras (OMS, 2012b). Una mujer que muestra signos de alarma de complicaciones relacionadas con el aborto debe buscar atención postaborto sin demora. Entre los signos de alarma figuran: sangrado vaginal excesivo, secreción vaginal de olor inusual o fétido, dolor abdominal intenso, náuseas persistentes, vómito y malestar intenso.

Actividad 4.A: Atención integral del aborto y crucigrama

PROPÓSITO

Las personas participantes aprenderán sobre la atención integral del aborto, que incluye métodos de aborto seguros y eficaces. Además, discutirán los signos de alarma de las complicaciones relacionadas con el aborto.

TIEMPO

1 hora

MATERIALES

» 'Módulo 4' de la presentación, **diapositivas 5 a 30**

» Documento suplementario 'Crucigrama sobre atención integral del aborto'

» Premios, suficientes para cada participante

PREPARATIVOS

1. Revisar las diapositivas de la presentación.
2. Imprimir copias del 'Crucigrama sobre atención integral del aborto'. Asegúrese de imprimir ambas páginas. Imprima copias para la mitad de las personas participantes (ya que dos participantes compartirán una copia).
3. Conseguir premios pequeños, suficientes para entregar uno a cada participante.

INSTRUCCIONES 1 2 3

1. Dé la bienvenida a las personas participantes. Infórmeles que el propósito de esta actividad es que cada participante se familiarice con la atención integral del aborto y los métodos recomendados para el aborto. Además, discutiremos los signos de alarma de las complicaciones relacionadas con el aborto.
2. Dígales que esta actividad les da una introducción a los aspectos clínicos del aborto seguro, pero **no** los prepara para la prestación de servicios de aborto. Explique que más adelante en esta actividad usted compartirá recursos para participantes interesados en conocer más acerca de la prestación de servicios de aborto.
3. Presente todas las diapositivas para esta actividad (**diapositivas 5 a 30**). Conceda de 30 a 40 minutos para esta presentación.
4. Solicite preguntas y dé respuestas esclarecedoras. Si las personas participantes tienen preguntas clínicas sobre la atención integral del aborto que usted no puede contestar o no se siente cómodo contestando, dígales eso. Pídales que se remitan a los recursos mencionados en este módulo para mayor información.

5. Invite a las personas a dividirse en parejas.
6. Dígales que cada pareja recibirá un crucigrama sobre atención integral del aborto. La tarea es que cada pareja llene el crucigrama lo más rápido que pueda. Tan pronto termine de llenarlo, la pareja debe indicar verbalmente que terminó (por ejemplo, diciendo *"Terminamos"* en voz alta). Pregunte si alguien tiene preguntas sobre las instrucciones para la actividad. Asegúrese de que todas las personas estén familiarizadas con crucigramas y cómo llenarlos.
7. Entregue a cada pareja una copia del 'Crucigrama sobre atención integral del aborto'. Coloque el crucigrama boca abajo sobre la mesa e indíqueles que lo dejen ahí hasta que usted les invite a comenzar. Así se asegura de que todas las personas tengan la oportunidad de empezar al mismo tiempo. Una vez que todas las parejas tengan una copia, invítelas a voltear el crucigrama y comenzar.
8. Una vez que un equipo indique que ha terminado, pida que todas las personas paren de escribir. Pídale al equipo que terminó que le entregue su crucigrama y verifique que todas las respuestas estén correctas. Si todas las respuestas están correctas, se terminó el juego y usted puede pedir al equipo ganador que lea sus respuestas en voz alta en plenaria. Si una o más respuestas están incorrectas, pida a los equipos que continúen trabajando en sus crucigramas. Una vez que otro equipo diga que terminó, empiece de nuevo con la instrucción 8 para ver si este equipo llenó bien el crucigrama.
9. Entregue los premios al equipo ganador y luego comparta premios con todas las personas participantes.
10. Solicite y conteste cualquier pregunta que tengan sobre la atención integral del aborto.
11. Agradezca al grupo por participar en esta actividad.

CRUCIGRAMA SOBRE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ABORTO



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18

MÓDULO **CUATRO**



HORIZONTAL

2. Parte del instrumental utilizado en la aspiración por vacío
5. Este régimen para el aborto con medicamentos es un poco más eficaz
8. Una complicación muy rara del aborto seguro y legal
10. Esto no es necesario de rutina para determinar la edad gestacional antes de proporcionar servicios de aborto
11. La atención integral del aborto incluye este servicio postaborto
13. Muchas mujeres prefieren el aborto con medicamentos porque se siente más como esto para ellas
14. Hasta nueve a diez semanas de gestación, el aborto con medicamentos puede utilizarse en este tipo de ámbito
15. Medicamento que bloquea la progesterona y detiene la continuación del embarazo
17. Una ventaja del procedimiento de aspiración por vacío
18. Éste es otro nombre para el aborto con aspiración por vacío

VERTICAL

1. Efecto secundario del aborto con medicamentos
3. Una de las vías para la administración de misoprostol
4. Medicamento que causa maduración cervical y contracciones uterinas
6. Tanto la aspiración por vacío como el aborto con medicamentos son apropiados para este grupo de mujeres
7. Signo de alarma de complicación cuando es excesivo
9. Esto debe ser informado y proporcionado libremente por la usuaria antes de que reciba servicios de aborto
12. Elemento esencial de la atención integral del aborto que ocurre antes del procedimiento de aborto
16. Signo de alarma de complicación si se presenta cualquier día después del día en que se toma misoprostol

Clave de respuestas del facilitador o la facilitadora



HORIZONTAL

2. Cánula
5. Combinado
8. Hemorragia
10. Ultrasonido
11. Anticoncepción
13. Natural
14. Ambulatorio
15. Mifepristona
17. Rápido
18. Quirúrgico

VERTICAL

1. Diarrea
3. Vaginal
4. Misoprostol
6. Adolescentes
7. Sangrado
9. Consentimiento
12. Consejería
16. Fiebre

Actividad 4.B: ¿Por qué soy prestador/a de servicios de aborto?

PROPÓSITO

Durante el Módulo 4, a las personas participantes posiblemente les interese conocer más acerca de qué motiva a las y los profesionales de la salud para brindar atención integral del aborto, así como explorar sus opiniones en cuanto a proporcionar servicios de aborto en el futuro. En esta actividad, las personas participantes identificarán las razones por las cuales profesionales de la salud proporcionan servicios de aborto y discutirán lo que significa ser prestador/a de servicios de aborto.

TIEMPO

30 minutos

MATERIALES

- 'Módulo 4' de la presentación, **diapositivas 31 a 34**
- Dr. Nozer Sheriar: ¿Por qué soy prestador de servicios de aborto? Video disponible en: www.youtube.com/watch?v=a1H1m365ZC4
  El video también está disponible con subtítulos en español en: www.youtube.com/watch?v=x8XvgxTezO4

PREPARATIVOS

1. Revisar las diapositivas de la presentación. **Le invitamos a adaptarlas con citas ilustrativas de profesionales de la salud en su región, si es posible**.
2. Bajar el video y reproducirlo en el lugar donde se llevará a cabo el taller para probar los audiovisuales.
3. Si desea, puede identificar a un/a prestador/a de servicios o docente local que pueda hablar con el grupo de participantes sobre sus experiencias proporcionando servicios de aborto seguro. Si el taller de capacitación se lleva a cabo en un país donde Ipas tiene una oficina o programa, el personal de Ipas en ese país posiblemente pueda recomendar un/a orador/a adecuado. Si usted encuentra un/a orador/a adecuado, puede excluir el video y las diapositivas de esta actividad para concederle más tiempo al orador.

INSTRUCCIONES

1. Dé la bienvenida al grupo de participantes. Infórmeles que el propósito de esta actividad es que las personas participantes identifiquen las razones por las cuales profesionales de la salud proporcionan servicios de aborto y discutan lo que significa ser prestador/a de servicios de aborto.
2. Facilite una discusión en grupo. Si desea, puede utilizar las siguientes preguntas. Conceda cinco minutos para esta discusión.

a. *¿Creen ustedes que proporcionarán servicios de aborto en el futuro? ¿Por qué? ¿Por qué no?*

b. *¿Qué creen que motiva a profesionales de la salud a proporcionar servicios de aborto?*

3. Muestre el video *Dr. Nozar Sheriar: ¿Por qué soy prestador de servicios de aborto?* Pida a las personas participantes que identifiquen las razones por las cuales el Dr. Sheriar proporciona servicios de aborto.

4. Presente la **diapositiva 32** e invite al grupo de participantes a leerla en silencio. Pídales que identifiquen las razones por las cuales el Dr. Perrin proporciona servicios de aborto.

5. Resuma los puntos clave de la discusión. Asegúrese de que se mencionen varias razones diferentes para proporcionar servicios de aborto. Algunos ejemplos son: salvar la vida de las mujeres, reducir las tasas de aborto inseguro, brindar atención integral a las mujeres, asegurar un nivel de excelencia en los servicios de salud para las mujeres, honrar las decisiones de las mujeres en cuanto a su cuerpo, confiar en las decisiones de cada mujer respecto a lo que es mejor para ella y su familia, atender a las usuarias teniendo en cuenta los intereses superiores de cada una, ser modelo para profesionales de la salud jóvenes, y adquirir respeto profesional.

6. Facilite una discusión en grupo. Si desea, puede utilizar las siguientes preguntas. Conceda de 10 a 15 minutos para la discusión.

   a. *¿Qué significa ser prestador/a de servicios de aborto?*

   b. *¿Cuáles son algunos retos que enfrentan quienes prestan servicios de aborto en su diario vivir? ¿Cómo pueden abordarse esos retos?*

   c. *¿Qué motiva a quienes prestan servicios de aborto a continuar ofreciendo servicios de aborto seguro?*

7. Resuma los puntos clave de la discusión.

8. Presente la **diapositiva 33** e invite a un/a participante a leerla en voz alta.

9. Pregunte a las personas participantes qué similitudes y diferencias observaron entre las razones del Dr. Broekhuizen para continuar ofreciendo servicios de aborto seguro y las razones que el grupo de participantes anotó en la discusión anterior.

10. Solicite pensamientos finales de las personas participantes.

11. Presente la diapositiva final 'Mensajes clave' (diapositiva 34).

12. Agradezca a todas las personas por participar en la actividad y continúe con el módulo final.

MÓDULO 5: Jóvenes por el aborto seguro



Ilustración de foto;
foto original © Ipas

MÓDULO CINCO

Módulo 5: Jóvenes por el aborto seguro

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Este módulo ayuda a cada participante a reconocer el potencial de acción dirigida por estudiantes a favor del aborto seguro. Las personas participantes conocerán las diferentes estrategias para promover los derechos de aborto y ampliar el acceso de las mujeres a servicios seguros, que incluye promoción y defensa *(advocacy)*, educación de pares y acompañamiento, y desarrollarán habilidades prácticas en estas áreas. Además, el módulo trata de manera resumida cómo cuidarse a sí misma y cómo evitar agotamiento personal. Al final del módulo, cada participante podrá:

- Describir ejemplos de cómo profesionales de la salud en formación pueden abogar por el aborto seguro, y formular mensajes de promoción y defensa del aborto seguro.
- Explicar qué consideraciones son apropiadas cuando se imparte educación de pares sobre aborto.
- Mencionar los componentes comunes del acompañamiento durante el proceso de aborto y cómo éste ayuda a las mujeres a superar las barreras para obtener servicios de aborto seguro.

PRINCIPALES RECURSOS

- ❑ Barcklow D'Amica, E. L. y Sánchez, J. R. (2010). *Young women and their experiences with abortion: A guide for activists*. Distrito Federal, México: DECIDIR Coalición de Jóvenes por la Ciudadanía Sexual.
- ❑ Gasman, N., Blandón, M.M. y Crane, B. B. (2006). Abortion, social inequity and women's health: Obstetrician-gynecologists as agents of change. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 94, 310–316. Particularly sections 4 and 5. www.genderbias.net/docs/resources/guideline/Abortion,%20social%20inequity,%20and%20women%92s%20health.pdf
- ❑ Turner, K. L., Weiss, E. y Gulati-Partee, G. (2010). *Prestadores de servicios como promotores de la atención segura del aborto: Manual de capacitación*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Prestadores-de-servicios-como-promotores-de-la-atencion-segura-del-aborto--Manual-de-capac.aspx
- ❑ Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). (2007). Chapter 3: Framework of good practice for an effective IPPF peer education programme. *Included, involved, inspired: A framework for youth peer education programmes*. Londres, Reino Unido: IPPF. www.ippf.org/sites/default/files/peer_education_framework.pdf
- ❑ Centro Las Libres e Ipas. (2014). *Apoyando a las mujeres durante el aborto con medicamentos (versión completa con subtítulos)*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Video disponible en: www.youtube.com/watch?v=MC8jxYGzdWQ

El equipo de facilitación puede marcar las casillas a medida que termine de utilizar cada uno de los principales recursos.

RECURSOS SUPLEMENTARIOS

PROMOCIÓN Y DEFENSA *(ADVOCACY)*

Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). (2011). *Young people as advocates: Your action for change toolkit*. Londres, Reino Unido: IPPF. www.ippf.org/sites/default/files/web_young_people_as_advocates.pdf

Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental (IPPF/WHR). (2010). *Handbook for advocacy planning*. Nueva York, NY: IPPF/WHR. https://www.ippfwhr.org/en/publications/handbook-for-advocacy-planning

Women Deliver. (2010). *Youth guide to action on maternal health*. Nueva York, NY: Women Deliver. www.womendeliver.org/assets/Youth_Guide_to_Maternal_Health_FINAL.pdf

EDUCACIÓN DE PARES

Advocates for Youth. Resource library on peer education (múltiples recursos). www.advocatesforyouth.org/peer-education-workingwithyouth

FHI360. (2010). *Evidence-based guidelines for youth peer education*. Research Triangle Park, Carolina del Norte: FHI360. www.fhi360.org/resource/evidence-based-guidelines-youth-peer-education

Ipas. (2013). *Empowering women workers through youth-led education on reproductive health and safe abortion in Nepal*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Empowering-women-workers-through-youth-led-education-on-reproductive-health-and-safe-abort.aspx

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Youth Peer Education Network (Y-PEER) y FHI360. (2005). *Peer education toolkit*. Nueva York, NY: UNFPA. www.unfpa.org/public/home/publications/pid/360

CUIDADO PERSONAL

Bernal, M. (2008). *Self-care and self-defense manual for feminist activists*. Nueva Delhi, India y Nueva York, NY: CREA. http://issuu.com/marina.bernal/docs/selfcareandselfdefense

Clark, N. y Utah, A. (2012). T*he revolution starts with me! Promoting self care & preventing activist burnout*. Nicole Clark Consulting and SouLar Bliss. http://origin.library.constantcontact.com/download/get/file/1106245061519-168/The+Revolution+Starts+with+Me+Zine.pdf

Sexplanations. (2013). *How to deal with sexual injustices*. Video disponible en: www.youtube.com/watch?v=TX-9jmmiWoY

MÓDULO **CINCO**

Jóvenes por el aborto seguro

Las personas jóvenes tienen derecho a influir en las instituciones, procesos y servicios que afectan su vida. Las personas adultas y aliados de jóvenes tienen la responsabilidad de apoyar a las voces de jóvenes en la toma de decisiones y asegurar que la participación de la juventud no sea meramente simbólica. La participación significativa de las personas jóvenes es importante porque puede fomentar participación cívica y mejorar la comunicación entre generaciones (Instituto Promundo et al., 2009). Además, puede reducir las barreras a los servicios de salud y mejorar la calidad de la atención (*Save the Children*, 2008). Como un grupo de personas jóvenes, las y los profesionales de la salud en formación pueden ser agentes influyentes del cambio social. La escuela es un tiempo formativo de aprendizaje y participación cívica. Muchos estudiantes se afilian a asociaciones que trabajan en diferentes asuntos de salud mundial, tales como salud y derechos sexuales y reproductivos. Colectivamente, las y los integrantes de la asociación toman acción contra las desigualdades que definen el acceso a los servicios de salud, la calidad de la atención brindada y los resultados en salud.

En este módulo, discutimos tres maneras diferentes en que profesionales de la salud en formación pueden tomar acción a favor del aborto seguro: promoción y defensa *(advocacy)*, educación de pares y acompañamiento. Existen diversas maneras de apoyar el acceso de las mujeres a los servicios de aborto seguro. Elegimos *advocacy* y educación de pares porque esas son vías para el cambio con las cuales muchos profesionales de la salud ya tienen experiencia. Agregamos acompañamiento porque puede ser una manera eficaz de ampliar el acceso de las mujeres a los servicios de aborto seguro y apoyo. Además, creemos que es probable que a las y los profesionales de la salud en formación acudan familiares, amistades y otras personas que tienen preguntas e inquietudes relacionadas con la salud, y las habilidades necesarias para el acompañamiento son útiles en estas situaciones. Para estudiantes que pasan a ser profesionales de la salud, también pueden influir de manera positiva en el acceso de las mujeres al aborto seguro por medio de la prestación de servicios, apoyo y referencias.

> ***… porque empieza cuando las y los estudiantes de medicina se convierten en profesionales médicos que no son de mente cerrada en cuanto al asunto de salud reproductiva y aborto.***
>
> — Estudiante de medicina (Börjesson y Villa Torres, 2013)

5.1 PROMOCIÓN Y DEFENSA DEL ABORTO

Promoción y defensa *(advocacy)* significa diferentes cosas para diferentes personas y grupos. A menudo es explicada como un proceso político y social que implica acción planificada y organizada para crear mayor conciencia de un asunto definido y fomentar compromiso, capacidad y recursos para transformar ese asunto. El *advocacy* también puede ser más informal o personal: por ejemplo, expresar sus opiniones y desempeñar un papel importante con relación a un asunto sobre el cual usted tiene convicciones, ya sea en su familia, lugar de trabajo o comunidad. El *advocacy* más informal a veces es llamado activismo.

> *"Advocacy es un proceso que consiste en una serie de acciones políticas llevadas a cabo por ciudadanos organizados para transformar relaciones de poder". (Arias Foundation)*

> *"Advocacy es expresar sus opiniones, dirigir la atención de la comunidad hacia un asunto importante y dirigir las personas responsables de tomar decisiones hacia una solución. Advocacy es trabajar con otras personas y organizaciones para lograr cambios importantes". (The Center for Development and Population Activities)*

¿Quién puede abogar por el aborto seguro? Cualquier persona puede abogar por el aborto seguro. Las y los profesionales de la salud se benefician de una combinación única de habilidades, experiencias y privilegios. Por ejemplo, las médicas y los médicos a menudo son percibidos como mensajeros de información objetiva basada en evidencia. Muchos tienen experiencias de primera mano con la morbimortalidad relacionada con el aborto por medio de su vida personal, su profesión o ambas (Turner et al., 2010). Además, las y los profesionales médicos tienen cierto estatus en su comunidad que les permite influenciar a formuladores de políticas y otras partes interesadas (Gasman et al., 2006). Como integrantes de la comunidad de servicios de salud, estudiantes de medicina y estudiantes de otras ciencias de la salud pueden disfrutar de muchos de estos privilegios, entre ellos cierto nivel social entre otros grupos de jóvenes. Tanto profesionales de salud en formación como quienes ya ejercen su profesión tienen acceso a plataformas de *advocacy* en la forma de asociaciones activas de profesionales y estudiantes a nivel local, nacional e internacional.

¿Cuáles son las maneras de abogar por el aborto seguro? Quienes abogan por el aborto seguro trabajan para promover la salud y los derechos de las mujeres mejorando el acceso de las mujeres a información basada en evidencia y servicios de calidad. En cambio, quienes se oponen al aborto buscan restringir el acceso de las mujeres a los servicios seguros y a veces incluso penalizar a quienes prestan los servicios y a las usuarias. Algunos ejemplos de maneras de abogar por el aborto seguro son:

- Crear mayor conciencia de la magnitud y consecuencias del aborto inseguro, y de las circunstancias en que el aborto seguro es legal. Casi todos los países tienen una o más indicaciones legales para el aborto;
- Reunir apoyo para el aborto seguro y legal en las comunidades y entre asociaciones de profesionales;
- Apoyar la promulgación y aplicación de leyes y políticas que mejoran el acceso a los servicios de aborto seguro y legal. Esto puede implicar sensibilizar y presionar a formuladores de políticas, testificar en procesos legislativos y realizar manifestaciones públicas;
- Corregir la información incorrecta y los mitos relacionados con el aborto en nuestro diario vivir, ya sea en las noticias, en nuestros consultorios o salones de clase, o en el comedor en casa.

¿De qué manera pueden las y los profesionales de la salud en formación abogar por la capacitación sobre aborto? Un gran número de estudiantes de medicina y estudiantes de otras ciencias de la salud creen que ellos, como posibles prestadores de servicios, deben aprender a proporcionar servicios seguros de aborto y atención postaborto y a manejar de manera segura los abortos incompletos y abortos espontáneos y diferidos. Estudiantes de Medicina por el Derecho a Decidir es una organización internacional que trabaja para lograr que la salud reproductiva, incluidos los servicios de anticoncepción y aborto seguro, sea un componente estándar de la formación médica y capacitación en residencia. Abogan por mayor oportunidad para que cada estudiante de medicina adquiera conocimientos y habilidades clínicas en estos componentes esenciales de los servicios de salud. Además, ofrecen recursos y mentoría brindados por estudiantes de medicina a estudiantes de medicina. Para conocer más al respecto, visite www.msfc.org.

Invitamos a las y los estudiantes a tomar cartas en la reforma de la formación médica y abogar en sus facultades de medicina para llevar a cabo cambios.

— Estudiantes de Medicina por el Derecho a Decidir



Estudiantes de ciencias de la salud que desean mejorar la capacitación sobre aborto en su facultad pueden tomar acción por medio de asociaciones dirigidas por estudiantes. Estudiantes de medicina pueden organizar un capítulo local de Estudiantes de Medicina por el Derecho a Decidir. Una vez que las y los integrantes del grupo hayan recibido capacitación adecuada sobre aborto, *advocacy* y educación de pares, pueden llevar a cabo una variedad de actividades:

- Encuestar y evaluar el nivel actual de capacitación sobre aborto ofrecida en la facultad;
- Llevar a cabo oportunidades de capacitación electiva para otros estudiantes, tales como educación de pares, ciclo de conferencias y charlas;
- Identificar prestadores de servicios de aborto con experiencia, que brinden apoyo y puedan hablar y/u ofrecer mentoría a estudiantes interesados en recibir capacitación sobre aborto: por ejemplo, coordinando un evento para 'conocer al profesional médico';
- Identificar a prestadores de servicios de aborto que están dispuestos a aceptar 'pasantes', es decir estudiantes calificados que observen los servicios de aborto en un ámbito clínico durante cierto plazo;
- Entrar en contacto con una oficina local de Ipas o la oficina de otra organización no gubernamental que trabaje en asuntos de aborto, con el fin de identificar si ofrecen capacitación de pregrado sobre aborto o si pueden ayudar a identificar a profesionales de la salud que brinden mentoría;
- Investigar y aplicar una estrategia para reformar la capacitación, en la que se presiona a las autoridades escolares, estudiantes y otras partes interesadas para que integren el tema del aborto seguro en el currículo de la escuela y en la práctica clínica.

5.2 EDUCACIÓN DE PARES SOBRE ABORTO

La educación de pares reúne el poder potencial de un grupo de personas para influir en los conocimientos, actitudes y prácticas de las y los integrantes del grupo (*Advocates for Youth*, 2011). Tiene resultados positivos bien establecidos en las personas jóvenes que son capacitadas y sirven de educadores de pares. Los datos sobre su eficacia en otras personas jóvenes participantes no son concluyentes. Revisiones sistemáticas de programas de educación de pares para la prevención del VIH encontraron que ampliaron significativamente los conocimientos, pero no cambiaron los resultados biológicos tales como la tasa de infecciones de transmisión sexual (Medley et al., 2009). Los programas de educación de pares tienen más resultados positivos cuando forman parte de proyectos más amplios (FHI360, 2010) y cuando tienen como objetivo fortalecer el apoyo social y crear referencias a los servicios (Avahan: India AIDS Initiative, 2009). Es vital dar seguimiento a las referencias (Rimal y Shattuck, 2010).

La educación de pares es utilizada frecuentemente en programas sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de jóvenes. Pocos de estos programas abordan el tema del aborto[2], y muchos educadores de pares carecen de capacitación y habilidades relacionadas con el aborto. Dado que la adolescencia y mujeres jóvenes son afectadas de manera desproporcionada por el aborto inseguro, los programas de educación de pares sobre salud y derechos sexuales y reproductivos deben proporcionar información basada en evidencia, apoyo social y referencias a los servicios relacionados con el aborto.

Al integrar el tema del aborto seguro en programas de educación de pares, se debe tener en cuenta algunas consideraciones especiales:

- **Evaluación de riesgos:** Se debe realizar una evaluación para identificar los posibles riesgos de abordar el tema del aborto para educadores de pares y las estrategias sobre cómo mitigar esos riesgos. La seguridad de cada educador/a de pares y las personas con quien trabaja, incluidas las mujeres que buscan servicios de aborto, es primordial.
- **Capacitación y mentoría:** Cada educador/a de pares debe recibir capacitación integral sobre aborto, que incluya la transformación de actitudes. El desarrollo de habilidades sobre cómo hablar sobre aborto con diversos grupos de personas puede fomentar compromiso y comodidad para tratar el tema. La

2 En mayo de 2013, una búsqueda en PubMed de los términos 'aborto Y 'educadores de pares' O 'educación de pares' O 'educación comunitaria' O 'educadores comunitarios' resultó en 12 artículos después de clasificarlos por pertinencia. En cambio, al excluir el término 'aborto', el resultado fue de casi 500 artículos.

MÓDULO CINCO

mentoría a lo largo de la ejecución del programa es una extensión importante de cualquier desarrollo de capacidad inicial.

- **Alianzas:** Los programas deben apoyar las alianzas entre educadores de pares, partes interesadas comunitarias y prestadores de servicios, incluidos los promotores del aborto seguro. El apoyo social es importante para mitigar los efectos del estigma y la oposición con relación al aborto. Las conexiones con prestadores de servicios locales también pueden ayudar a los educadores de pares a hacer referencias a servicios seguros.
- **Información:** La información sobre aborto debe ser exacta y sin prejuicios, y debe presentarse de una manera que sea accesible y apropiada para la audiencia. Debe plantearse en el contexto más amplio de salud y derechos sexuales y reproductivos, y debe contrarrestar los temores de las personas respecto al aborto. Existen muchos mitos e información incorrecta sobre el aborto, en particular entre las personas jóvenes.

5.3 ACOMPAÑAMIENTO DURANTE EL ABORTO

¿En qué consiste el acompañamiento durante el aborto? Una persona que brinda acompañamiento durante el aborto ofrece apoyo emocional, físico y logístico a la mujer durante su experiencia de aborto (Barcklow D'Amica y Reyes Sánchez, 2010). A continuación nos referimos a esta persona como el/la 'acompañante'. La premisa del acompañamiento durante el aborto es que todas las mujeres deben tener acceso a servicios de aborto seguro y legal, así como a cualquier tipo de apoyo que necesiten durante la experiencia de aborto.

¿Quién brinda acompañamiento? Un miembro de la familia o amigo/a de confianza puede ser un/a acompañante informal. Al enfrentarse a un embarazo no deseado, muchas mujeres buscan apoyo de alguien que conocen. Otras mujeres tienen que ocultar su embarazo a todo costo. Para estas mujeres puede resultar difícil confiar en alguien en su red social. Acompañamiento más formal durante el aborto es ofrecido por organizaciones no gubernamentales, tales como grupos de mujeres y fondos de acceso a servicios de aborto, así como por programas de educación de pares. Personal y pares que proporcionan acompañamiento deben tener conocimientos sobre el aborto, las leyes locales y los puntos de entrega de servicios, así como experiencia en brindar consejería.

Recuadro 5.1: ¿Qué es un fondo de acceso a servicios de aborto?

Los fondos de acceso a servicios de aborto crean las condiciones socioeconómicas necesarias para que las mujeres puedan tomar y aplicar decisiones sobre su salud reproductiva de manera más integral y segura. Específicamente, proporcionan información, referencias y ayuda financiera para pagar por servicios de aborto seguro. Algunos fondos también ofrecen acompañamiento y transporte, o vinculan a las mujeres con fuentes seguras de misoprostol. El Fondo de Aborto para la Justicia Social MARIA trabaja en México. En su sitio web, explica: *"En la mayoría de los estados, el aborto es cuestión de justicia social, ya que las mujeres adineradas pueden pagar por prestadores de servicios particulares o viajar a 'lugares donde los servicios seguros están disponibles], mientras que las mujeres pobres son forzadas a poner su salud y su vida en riesgo al recurrir a abortos clandestinos. El Fondo MARIA fue fundado para ayudar a estas mujeres"*.

¿Cuáles son los componentes clave del acompañamiento? El acompañamiento durante el aborto consiste en varios componentes que pueden ayudar a las mujeres a superar las barreras para obtener servicios de aborto seguro. Los componentes mencionados a continuación fueron elaborados utilizando información de DECIDIR Coalición de Jóvenes por la Ciudadanía Sexual, el Fondo de Aborto para la Justicia Social MARIA y el Proyecto Doula.

- **Consejería de pares:** El/la acompañante debe brindar apoyo emocional y escuchar con empatía y con la intención de entender las circunstancias, necesidades y preferencias de la mujer. Debe ofrecer información basada en evidencia y sin prejuicios. Si la mujer ha decidido interrumpir su embarazo antes de recibir consejería, su acompañante le puede preguntar qué motivó su decisión para asegurarse de que ella no sea presionada. A diferencia del prestador de servicios, el/la acompañante **no** evalúa la elegibilidad clínica ni da consejos médicos.



> ***Como [acompañantes] debemos entender claramente que la decisión de la mujer no está en nuestras manos.***
>
> — **Emily Louise Barcklow D'Amica** y **Jessica Reyes Sánchez** (2010)

- **Identificación de servicios:** Si la mujer ha decidido interrumpir su embarazo, su acompañante debe referirla a servicios de aborto seguro y puede ayudarla a programar las citas. En lugares donde el aborto es restringido por la ley y estigmatizado, se debe proteger la seguridad de la usuaria y su prestador/a de servicios. El/la acompañante debe hacer referencias

exclusivamente a prestadores de servicios que conoce y con quienes ha establecido procedimientos de referencia. El punto de entrega de servicios más cercano puede quedar fuera de la comunidad, distrito o país donde vive la usuaria. Si la mujer no tiene acceso a los puntos de entrega de servicios, otra opción es identificar si la mujer puede conseguir y usar misoprostol de manera segura por sí misma y cómo puede hacerlo.

- **Ayuda financiera:** Si el/la acompañante trabaja con un fondo de acceso a servicios de aborto, el fondo quizás pueda cubrir el costo del aborto, ya sea total o parcialmente. Si el/la acompañante es compañero/a de la usuaria, tal vez pueda ayudarla a identificar otras posibles fuentes de fondos.
- **Transporte a los servicios, ida y vuelta:** Esto puede variar desde caminar con la mujer por el pueblo o ayudarla a hacer los arreglos de viaje a otra parte del país o a otro país para obtener los servicios.
- **Apoyo durante el procedimiento de aborto y período de recuperación:** Si la usuaria así lo desea, y es permitido por los protocolos de la unidad de salud, su acompañante puede permanecer con ella durante todo el procedimiento y la recuperación. Esto le puede dar a la usuaria confianza para abogar por sí misma en un ámbito médico y asegurar que sus decisiones sean respetadas. Para el aborto con medicamentos, la usuaria posiblemente desee estar acompañada cuando empiece a sangrar y durante la expulsión del contenido uterino. Su acompañante puede ayudarla a hablar con un miembro de la familia o amigo/a de confianza; puede ser reconfortante para la usuaria tener presente a alguien con quien siente una conexión emocional.
- **Seguimiento:** El/la acompañante debe continuar brindando apoyo emocional y seguir en contacto con la usuaria durante el tiempo que ella desee después del aborto. Al familiarizarse con las experiencias y sentimientos de la mujer antes, durante y después del aborto, el/la acompañante puede mejorar el acompañamiento que ofrece a otras mujeres y dar retroalimentación a los prestadores de servicios sobre la calidad de la atención brindada.

5.4 CUIDADO PERSONAL



Cuidarme no es autoindulgencia. Es autopreservación, es decir, un acto de guerra política.

— **Audre Lorde**, activista caribeña-americana por los derechos civiles (Clark y Utah, 2012)

Para tomar acción a favor del aborto seguro exitosamente, es necesario dedicar tiempo y energía al cuidado personal. Muchos promotores se agotan cuando sus necesidades de salud física, emocional y espiritual no están en equilibrio con las demandas de su trabajo (Clark y Utah, 2012).

La promoción y defensa de temas que son culturalmente delicados o tabú, como el aborto, puede agregar otra capa de estrés al bienestar de una persona. A veces, los promotores son el blanco de críticas públicas y difamación, y experimentan amenazas o violencia contra su privacidad, persona o posesiones (Bernal, 2008). Las normas de género que asocian el cuidado de otras personas como una característica femenina deseable pueden presionar a las mujeres promotoras en particular a anteponer las necesidades de otras personas a su propio bienestar (Bernal, 2008).

El cuidado personal puede implicar una combinación de estrategias tales como:

- Desarrollar conciencia y un sentido más profundo de sí mismo y de su historia personal y familiar;
- Identificar, respetar y expresar sus sentimientos y emociones;
- Desarrollar autonomía personal;
- Cuidar su ser físico con sueño adecuado, ejercicio con regularidad y una dieta saludable;
- Utilizar terapias como masaje, acupresión, reflexología, aromaterapia y meditación;
- Conectarse o reconectarse con prácticas espirituales;
- Establecer límites para sus actividades de promoción y defensa, decir que 'no' a las cosas y hacer menos cosas mejor;
- Extender la mano a su familia, amistades y grupos formales de apoyo para promotores en asuntos relacionados con el cuidado personal (Bernal, 2008; Clark y Utah, 2012).

Si usted desea obtener más información y herramientas para el cuidado personal, remítase a los recursos suplementarios. Estos ofrecen autoevaluaciones, actividades, recetas y otros remedios.

EN RESUMEN

- Estudiantes de medicina, así como estudiantes de muchas otras ciencias de la salud, disfrutan de privilegios, tales como acceso a información, estatus social y membresía en comunidades de activismo y asociaciones de estudiantes, por lo cual están en una buena posición para tomar acción a favor del aborto seguro.
- Promotores del aborto seguro pueden crear mayor conciencia de las leyes vigentes e indicaciones para el aborto, reunir apoyo para reformar las leyes y políticas referentes al aborto, y monitorear la aplicación de esas leyes y políticas. Pueden corregir los mitos e información incorrecta sobre el aborto en su vida cotidiana. Estudiantes de medicina y estudiantes de otras ciencias de la salud pueden trabajar para agregar información sobre el aborto seguro a las agendas de formación en sus facultades, y trabajar para reformar el currículo oficial y la formación en residencia.
- Los programas de educación de pares pueden ampliar los conocimientos y habilidades sobre aborto seguro entre las personas jóvenes. Educadores de pares que trabajan en aborto deben recibir capacitación y mentoría, así como apoyo para actuar de manera segura en colaboración con otros promotores.
- El acompañamiento durante el aborto aborda las barreras socioeconómicas para obtener servicios de aborto seguro. Un/a 'acompañante' brinda a cada usuaria apoyo emocional, físico y logístico durante su experiencia de aborto. Este apoyo puede incluir consejería antes del aborto, identificación de los servicios seguros, cómo encontrar ayuda financiera, transporte, presencia durante el aborto y seguimiento.
- El cuidado personal es un componente importante de trabajar por el aborto seguro. Incluye diferentes estrategias para el bienestar emocional, físico y espiritual, y ayuda a prevenir agotamiento personal.

HERRAMIENTAS DEL **MÓDULO 5**

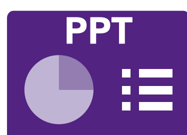
Hoja 5: Jóvenes por el aborto seguro

Actividad 5.A: ¡Un llamado a la acción! (30 minutos)

Actividad 5.B: Perspectivas y mensajes de promoción y defensa *(advocacy)* (1 hora y 15 minutos)

Actividad 5.C: Educación de pares sobre aborto (1 hora y 15 minutos)

Actividad 5.D: Apoyando a las mujeres durante su experiencia de aborto (2 horas y 15 minutos)



Este módulo está acompañado por el '**MÓDULO 5**' de la presentación (**Diapositivas 1 a 43**). Recuerde, todo material imprimible y diapositivas de la presentación están disponibles en la memoria USB y en www.ipas.org/jovenesabortoseguro.

¿Quiere mayor transformación de actitudes?

Dependiendo de los objetivos de aprendizaje, las preferencias de las personas participantes y la agenda del taller de capacitación, también podría realizar la siguiente actividad.

HABLANDO SOBRE EL TEMA DEL ABORTO:
Esta actividad ayuda a las personas participantes a prever reacciones y comentarios negativos de personas que nos importan y que se oponen al aborto o tienen diferentes niveles de comodidad con el tema. Cada participante aprende a formular y expresar respuestas apropiadas y respetuosas a preguntas o comentarios de desaprobación. La actividad lleva aproximadamente 1 hora.

Una descripción detallada de la actividad e instrucciones para el equipo de facilitación se encuentran en:

Turner, K. L. y Page, K. C. (2012). *Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Transformacion-de-actitudes-respecto-al-aborto--Un-juego-de-herramientas-para-la-aclaracio.aspx

La actividad "Hablando sobre el tema del aborto" adaptada específicamente para jóvenes se encuentra en:

McSmith, D., Börjesson, E., Villa, L. y Turner, K. L. (2012). *Transformación de actitudes respecto al aborto: Actividades de aclaración de valores adaptadas para las mujeres jóvenes*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Transformacion-de-actitudes-respecto-al-aborto--Actividades-de-aclaracion-de-valores-adapt.aspx

Hoja 5: Jóvenes por el aborto seguro



La escuela es un tiempo formativo de aprendizaje y participación cívica. Muchos estudiantes se afilian a asociaciones que trabajan en diferentes asuntos de salud mundial, tales como salud y derechos sexuales y reproductivos. Como grupo de personas jóvenes, las y los profesionales de la salud en formación pueden ser influyentes agentes a favor del cambio social. Pueden tomar acción a favor del aborto seguro en diversas maneras, tales como actividades de promoción y defensa *(advocacy)*, educación de pares y acompañamiento. Además, las y los estudiantes que pasan a ser profesionales de la salud pueden influir de manera positiva en el acceso de las mujeres a los servicios de aborto seguro por medio de la prestación de servicios y referencias.

Advocacy: Las personas que abogan por el aborto seguro trabajan para promover la salud y derechos de las mujeres ampliando su acceso a información y servicios. Cualquier persona puede abogar por el aborto seguro, y las y los estudiantes de medicina y estudiantes de otras ciencias de la salud se encuentran en una buena posición para hacerlo porque disfrutan de estatus social entre sus pares, acceso a información y membresía en comunidades y asociaciones activistas. Las y los profesionales de la salud en formación pueden:

- Crear mayor conciencia de las leyes y políticas vigentes referentes al aborto, y reunir apoyo para reformarlas entre organizaciones de profesionales, formuladores de políticas y comunidades;
- Corregir los mitos e información incorrecta que oigan acerca del aborto en su diario vivir;
- Mejorar el acceso en sus escuelas a la información basada en evidencia sobre aborto seguro. Esto puede implicar revisar los materiales existentes, dirigir oportunidades de capacitación para otros estudiantes, identificar a profesionales de la salud que pueden brindar mentoría, coordinar observaciones clínicas de los servicios de aborto, y trabajar hacia la reforma del currículo escolar y capacitación en residencia.

Educación de pares: La educación de pares puede tener resultados positivos en los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas jóvenes con relación al aborto. Los programas de educación de pares deben trabajar para fortalecer el apoyo social para el aborto y facilitar referencias a los servicios. Antes de

iniciar programas de educación de pares sobre aborto, se debe tomar en cuenta algunas consideraciones especiales, tales como la evaluación de riesgos y la estrategia de reducción de riesgos. Además, cada educador/a de pares necesita recibir capacitación y mentoría adecuadas, y debe aliarse con otras personas que abogan por el aborto seguro.



Acompañamiento: Una persona que proporciona acompañamiento durante el aborto brinda apoyo emocional, físico y logístico a la mujer durante su experiencia de aborto. El acompañamiento puede ser informal, cuando es proporcionado por un/a amigo/a o miembro de la familia, o formal, cuando es ofrecido por alguien con las habilidades y conocimientos necesarios. El acompañamiento ayuda a las mujeres a superar las barreras al aborto seguro de muchas formas diferentes.

- Consejería de pares para apoyar la toma de decisiones libres e informadas;
- Identificación de los servicios de aborto seguro, que incluyen aborto con medicamentos;
- Identificación de fondos para pagar por el servicio, por ejemplo: de un fondo de acceso a servicios de aborto;
- Transporte a los servicios, ida y vuelta;
- Apoyo durante el procedimiento y la recuperación. Con el aborto con medicamentos, la usuaria posiblemente desee estar acompañada cuando empiece a sangrar y durante la expulsión del contenido uterino;
- Seguimiento y apoyo emocional durante el tiempo que desee la mujer después del aborto.

Actividad 5.A: ¡Un llamado a la acción!

PROPÓSITO

Las personas participantes discutirán por qué el aborto es importante para profesionales de la salud en formación y empezarán a identificar maneras en que pueden tomar acción a favor del aborto seguro.

TIEMPO

30 minutos

MATERIALES

» Rotafolio, cinta adhesiva y marcadores (suficientes para que cada participante tenga uno)

PREPARATIVOS

Escribir en una hoja de rotafolio la frase *"El aborto es importante para [X] estudiantes porque…"* En lugar de escribir "X" utilice el término que mejor describa el campo de estudio de las personas participantes.
Ejemplo: "*El aborto es importante para estudiantes de medicina porque…*"
(Nota: Utilizaremos el ejemplo de estudiantes de medicina en las instrucciones a continuación, pero usted debe adaptarlo para que describa las personas participantes en su taller.)

INSTRUCCIONES 1 2 3

1. Invite a las personas a participar al máximo en esta actividad. Infórmeles que el propósito de esta actividad es discutir por qué el aborto es importante para profesionales de la salud en formación y empezar a identificar maneras en que puedan tomar acción a favor del aborto seguro.
2. Divida a las personas participantes en cuatro o cinco grupos pequeños. Si es posible, agrúpelas por los países o asociaciones que representan. Entregue a cada grupo un rotafolio y marcadores.
3. Coloque en la pared la hoja de rotafolio con la frase "El aborto es importante para estudiantes de medicina porque…" Pida a los grupos que discutan y terminen la frase en su hoja de rotafolio. Conceda cinco minutos para que los grupos concluyan esta tarea.
4. Pida a los grupos que coloquen las hojas de rotafolio terminadas en las paredes alrededor del salón. Deje espacio entre las hojas de rotafolio de manera que las personas puedan caminar cómodamente de una hoja a la próxima sin aglomerarse en un grupo grande.
5. Invite a las personas participantes a caminar alrededor del salón y leer todas las hojas de rotafolio. Indíqueles que lleven un marcador en su caminata. Pídales que marquen con una estrella cualquier razón que crean es particularmente importante o convincente. Concédales cinco minutos para concluir esta tarea.

6. Después que hayan terminado el recorrido por la galería, tome unos minutos para reflexionar sobre las hojas de rotafolio en una discusión en grupo. Si desea, puede utilizar las siguientes preguntas. Dedique aproximadamente 10 minutos para esta discusión.
    a. *¿Qué similitudes ven en las hojas de rotafolio? ¿Qué diferencias?*
    b. *¿Qué razones para trabajar en asuntos de aborto son particularmente importantes o convincentes para el grupo? (dirija la atención de las personas participantes a las razones que tengan muchas estrellas)*
    c. *¿Cómo pueden estas razones motivar a las y los estudiantes de medicina para que tomen acción a favor del aborto seguro?*
7. Pida a las personas participantes que identifiquen maneras en las que profesionales de la salud en formación pueden tomar acción a favor del aborto seguro. Si desea, puede preguntarles: ¿Qué son ejemplos de las maneras en que las y los estudiantes de medicina pueden actuar a favor del aborto seguro? Asegúrese de tener de cinco a diez minutos para esta discusión.
8. Infórmeles que en las próximas tres actividades discutirán tres estrategias diferentes para tomar acción a favor del aborto seguro: promoción y defensa *(advocacy)*, educación de pares y acompañamiento.
9. Solicite ideas u observaciones finales de las personas participantes.
10. Agradezca a las personas por participar en esta actividad y continúe con la próxima actividad.

Actividad 5.B: Perspectivas y mensajes de promoción y defensa *(advocacy)*

Adaptada de Turner et al., 2009

PROPÓSITO

Las personas participantes recibirán apoyo para adoptar una perspectiva de promoción y defensa, identificando y respondiendo a oportunidades de *advocacy* en su trabajo y diario vivir. Además, discutirán y formularán mensajes eficaces para abogar por el aborto seguro.

TIEMPO

1 hora y 15 minutos

MATERIALES

» 'Módulo 5' de la presentación, **diapositivas 6 a 19**

» Documento suplementario 'Tarjetas sobre oportunidades de *advocacy*'

» Cinta adhesiva

PREPARATIVOS

1. Revisar las diapositivas de la presentación.
2. Revisar las 'Tarjetas sobre oportunidades de *advocacy*'. Si desea, puede adaptarlas para su contexto.
3. Imprimir copias de las 'Tarjetas sobre oportunidades de *advocacy*'. Una copia de cada tarjeta es suficiente. Otra opción es utilizar tarjetas en colores y escribir las tarjetas a mano.
4. Fijar una 'Tarjeta sobre oportunidades de *advocacy*' debajo de una silla por cada mesa redonda. Cada mesa redonda debe tener una 'Tarjeta sobre oportunidades de *advocacy*' debajo de una silla escogida al azar.

INSTRUCCIONES

1. Invite a todas las personas a participar al máximo en esta actividad. Infórmeles que el propósito de esta actividad es motivar a las personas participantes a adoptar una perspectiva de promoción y defensa, identificando y respondiendo a oportunidades de *advocacy* en su trabajo y diario vivir. Además, discutiremos y formularemos mensajes eficaces para abogar por el aborto seguro.
2. Divida a las personas en cinco grupos pequeños y pídales que se sienten alrededor de mesas redondas o en círculos pequeños.
3. Facilite una corta discusión sobre el *advocacy*. Conceda 15 minutos para esta discusión. Si desea, puede utilizar las siguientes preguntas para la discusión.

a. *¿Qué se les ocurre cuando oyen la palabra advocacy?*

b. *¿Cuáles son algunos ejemplos de abogar a favor del aborto seguro?*

c. *¿Qué necesitamos para abogar por el aborto seguro de manera eficaz?*

d. *¿Por qué las y los profesionales de la salud en formación y los que ya ejercen su profesión se encuentran en una buena posición para abogar por el aborto seguro?*

4. Presente las primeras siete diapositivas sobre advocacy en la presentación (**diapositivas 7 a 13**). Conceda de 5 a 10 minutos para esta presentación.

5. Muestre la próxima diapositiva 'Historia sobre caso de actividad' (**diapositiva 14**) y pida que un/a participante la lea en voz alta.

6. Muestre las diapositivas "Respuesta de la Doctora X' y 'Respuesta del Doctor Y' (**diapositivas 15 y 16**) y pida que otro participante las lea en voz alta.

7. Solicite que las personas participantes comparen las respuestas de la Doctora X y el Doctor Y. Si desea, puede utilizar las siguientes preguntas para la discusión:

   a. *¿Quién tiene una perspectiva de advocacy?*

   b. *¿Qué perciben como beneficios y riesgos del advocacy por la Doctora X?*

   c. *¿Qué perciben como beneficios y riesgos de las acciones del Doctor Y?*

8. Muestre la diapositiva 'Oportunidades de *advocacy*' (**diapositiva 17**) y pida que un/a participante la lea en voz alta.

9. Solicite que cada participante alcance debajo de su silla para ver quién en cada mesa tiene una 'Tarjeta sobre oportunidades de *advocacy*'. (Si usted no fijó estas tarjetas debajo de una silla asignada al azar por cada mesa, entregue una tarjeta a cada grupo pequeño en estos momentos.)

10. Explique que cada grupo pequeño tiene una 'Tarjeta sobre oportunidades de *advocacy*' diferente y su tarea es leer y responder al escenario en la tarjeta. Si desean, pueden preparar un corto juego de roles de su escenario. Concédales 15 minutos para preparar las respuestas al escenario.

11. Invite a un grupo a la vez a presentar su 'Tarjeta sobre oportunidades de *advocacy*' y su respuesta al escenario. Pídales que resuman los puntos clave de su discusión. Conceda de 15 a 20 minutos para las presentaciones.

12. Una vez que cada grupo haya presentado, permítales que reflexionen sobre la actividad y las diferentes oportunidades de *advocacy* y respuestas. Conceda 15 minutos para esta discusión. Si desea, puede utilizar las siguientes preguntas para la discusión.

    a. *¿Qué fue fácil al responder al escenario? ¿Qué fue difícil?*

b. *¿Qué obstáculos existen para abogar por el aborto seguro? ¿Cómo pueden superarlos?*

c. *¿Cuáles son los posibles beneficios de abogar por el aborto seguro? ¿Para las mujeres que buscan servicios de aborto? ¿Para profesionales de la salud? ¿Para promotores?*

d. *¿Cuáles son algunos riesgos de asumir un rol de advocacy? ¿En su familia? ¿En su profesión? ¿En la sociedad?*

13. Presente las últimas dos diapositivas sobre *advocacy* en la presentación (**diapositivas 18 y 19**).

14. Cierre la actividad resumiendo los mensajes clave relacionados con *advocacy*.

15. Solicite ideas u observaciones finales de las personas participantes.

16. Agradezca al grupo por participar en esta actividad.

TARJETAS SOBRE OPORTUNIDADES DE ADVOCACY



Primera tarjeta sobre oportunidades de *advocacy*:

Instrucciones: Por favor lea el siguiente escenario. Asigne a una persona para que tome notas para el grupo. Discuta las preguntas 1 a 6. Formule el mensaje de un minuto de duración para su grupo. A la persona que tome notas se le pedirá que resuma los puntos clave de la discusión y presente el mensaje del grupo en plenaria. (La presentación del mensaje de un minuto debe llevar solo un minuto.)

Escenario: El Comité Nacional del Ministerio de Salud para Reducir la Mortalidad Materna está elaborando nuevas normas y directrices clínicas para el aborto seguro. Como grupo de jóvenes reconocido en el país, la asociación nacional de estudiantes de medicina ha sido invitada para presentar ante el comité testimonio verbal sobre la versión preliminar. Cuando usted (estudiante de medicina) lee la versión preliminar, identifica nuevo lenguaje que exige la participación de terceras partes, específicamente el consentimiento de la madre o el padre, para toda joven menor de 18 años de edad que solicite un aborto. La única excepción es que la joven comparezca ante un/a juez/a local y busque su autorización judicial. La ley nacional referente al aborto no menciona la edad de consentimiento. Usted es integrante del Comité Permanente de Salud y Derechos Reproductivos de la asociación de estudiantes de medicina, y discute esta situación con ellos.

Preguntas: Por favor discutan y contesten las siguientes preguntas.

1. ¿Cuáles son los aspectos preocupantes de esta situación?
2. ¿De qué maneras podrían abogar ustedes? ¿Cómo podrían transmitir su mensaje?
3. ¿Cuál es la audiencia de su *advocacy*?
4. ¿Cuáles son algunos de los beneficios del *advocacy* en esta situación?
5. ¿Cuáles son algunos riesgos posibles en esta situación? ¿Existen riesgos que les impedirían responder?
6. ¿Qué relación tiene esta situación con su vida real?

Mensaje de un minuto: Por favor formulen un mensaje de un minuto de duración basado en el siguiente formato y ejemplo:

» Una declaración *(El aborto inseguro es una pandemia evitable en el Hemisferio Sur.)*

» Un dato de evidencia *(Según la Organización Mundial de la Salud, casi todas las 47,000 muertes anuales relacionadas con el aborto inseguro ocurren en el Hemisferio Sur.)*

» Un caso o historia *(Hauwa era una madre amorosa y dedicada de tres hijos cuando quedó embarazada de nuevo a los 41 años de edad. Se enteró de que el feto tenía graves malformaciones. Dado que en su país el aborto es legal solo para salvar la vida de la mujer embarazada, Hauwa recurrió a un aborto inseguro…)*

» Un llamado a la acción *(Hacemos un llamado al Estado para que revise la restrictiva ley nacional referente al aborto, legalice el aborto seguro y asegure su accesibilidad para todas las mujeres que lo necesiten.)*

Segunda tarjeta sobre oportunidades de *advocacy*:



Instrucciones: Por favor lea el siguiente escenario. Asigne a una persona para que tome notas para el grupo. Discuta las preguntas 1 a 6. Formule el mensaje de un minuto de duración para su grupo. A la persona que tome notas se le pedirá que resuma los puntos clave de la discusión y presente el mensaje del grupo en plenaria. (La presentación del mensaje de un minuto debe llevar solo un minuto.)

Escenario: Usted y varios otros estudiantes están reunidos en la casa de su profesor para una discusión informal de la clase sobre asuntos de salud reproductiva mundial. El televisor está encendido en el fondo y en el programa uno de los personajes acaba de enterarse de que está embarazada y está considerando tener un aborto. El profesor se percata de esto y comenta que el aborto nunca debe ser una opción para las mujeres. Utiliza información incorrecta para respaldar sus comentarios en oposición al aborto. Afirma que si el aborto fuese penalizado por completo, las mujeres no tendrían relaciones sexuales fuera del matrimonio.

Preguntas: Por favor discutan y contesten las siguientes preguntas.

1. ¿Cuáles son los aspectos preocupantes de esta situación?
2. ¿De qué maneras podrían abogar ustedes? ¿Cómo podrían transmitir su mensaje?
3. ¿Cuál es la audiencia de su *advocacy*?
4. ¿Cuáles son algunos de los beneficios del *advocacy* en esta situación?
5. ¿Cuáles son algunos riesgos posibles en esta situación? ¿Existen riesgos que les impedirían responder?
6. ¿Qué relación tiene esta situación con su vida real?

Mensaje de un minuto: Por favor formulen un mensaje de un minuto de duración basado en el siguiente formato y ejemplo:

» Una declaración *(El aborto inseguro es una pandemia evitable en el Hemisferio Sur.)*

» Un dato de evidencia *(Según la Organización Mundial de la Salud, casi todas las 47,000 muertes anuales relacionadas con el aborto inseguro ocurren en el Hemisferio Sur.)*

» Un caso o historia *(Hauwa era una madre amorosa y dedicada de tres hijos cuando quedó embarazada de nuevo a los 41 años de edad. Se enteró de que el feto tenía graves malformaciones. Dado que en su país el aborto es legal solo para salvar la vida de la mujer embarazada, Hauwa recurrió a un aborto inseguro…)*

» Un llamado a la acción *(Hacemos un llamado al Estado para que revise la restrictiva ley nacional referente al aborto, legalice el aborto seguro y asegure su accesibilidad para todas las mujeres que lo necesiten.)*

Tercera tarjeta sobre oportunidades de *advocacy*:



Instrucciones: Por favor lea el siguiente escenario. Asigne a una persona para que tome notas para el grupo. Discuta las preguntas 1 a 6. Formule el mensaje de un minuto de duración para su grupo. A la persona que tome notas se le pedirá que resuma los puntos clave de la discusión y presente el mensaje del grupo en plenaria. (La presentación del mensaje de un minuto debe llevar solo un minuto.)

Escenario: Un programa de radio popular con alcance nacional transmite una historia sobre el alza en el uso de misoprostol para inducir el aborto. Usted (estudiante de ciencias de la salud) identifica que la historia contiene información incorrecta sobre la seguridad y eficacia de misoprostol. Advierte que las adolescentes "tendrán más relaciones sexuales y tomarán misoprostol como si fuera dulce". El locutor de radio recomienda que el medicamento sea prohibido totalmente en el país. La mayoría de las y los radioyentes que llaman al programa están de acuerdo con el locutor. Algunas de las personas que llaman al programa quieren que misoprostol esté disponible para otras indicaciones de salud, tales como úlceras y hemorragia posparto. Solo unas pocas personas expresan apoyo para permitir acceso al aborto seguro con medicamentos.

Preguntas: Por favor discutan y contesten las siguientes preguntas.

1. ¿Cuáles son los aspectos preocupantes de esta situación?
2. ¿De qué maneras podrían abogar ustedes? ¿Cómo podrían transmitir su mensaje?
3. ¿Cuál es la audiencia de su *advocacy*?
4. ¿Cuáles son algunos de los beneficios del *advocacy* en esta situación?
5. ¿Cuáles son algunos riesgos posibles en esta situación? ¿Existen riesgos que les impedirían responder?
6. ¿Qué relación tiene esta situación con su vida real?

Mensaje de un minuto: Por favor formulen un mensaje de un minuto de duración basado en el siguiente formato y ejemplo:

» Una declaración *(El aborto inseguro es una pandemia evitable en el Hemisferio Sur.)*

» Un dato de evidencia *(Según la Organización Mundial de la Salud, casi todas las 47,000 muertes anuales relacionadas con el aborto inseguro ocurren en el Hemisferio Sur.)*

» Un caso o historia *(Hauwa era una madre amorosa y dedicada de tres hijos cuando quedó embarazada de nuevo a los 41 años de edad. Se enteró de que el feto tenía graves malformaciones. Dado que en su país el aborto es legal solo para salvar la vida de la mujer embarazada, Hauwa recurrió a un aborto inseguro…)*

» Un llamado a la acción *(Hacemos un llamado al Estado para que revise la restrictiva ley nacional referente al aborto, legalice el aborto seguro y asegure su accesibilidad para todas las mujeres que lo necesiten.)*



Cuarta tarjeta sobre oportunidades de *advocacy*:

Instrucciones: Por favor lea el siguiente escenario. Asigne a una persona para que tome notas para el grupo. Discuta las preguntas 1 a 6. Formule el mensaje de un minuto de duración para su grupo. A la persona que tome notas se le pedirá que resuma los puntos clave de la discusión y presente el mensaje del grupo en plenaria. (La presentación del mensaje de un minuto debe llevar solo un minuto.)

Escenario: Usted concluyó recientemente su capacitación en residencia en obstetricia y ginecología, y está asistiendo a su primera reunión de la Asociación Nacional de Ginecología y Obstetricia. Un grupo de profesionales de la salud están preocupados por el nuevo proyecto de ley propuesto por un miembro del Parlamento (MP). Él es respaldado por una de las iglesias líderes del país. Si es aprobado, el proyecto de ley eliminaría todas las indicaciones para la interrupción legal del embarazo, excepto para salvar la vida de la mujer embarazada. El MP ha declarado en público que el aborto no debería estar disponible en casos de violación porque "es inmoral castigar al niño inocente", y que "muy pocos casos de violación producen un embarazo, porque el cuerpo de la mujer puede trancarse durante la violación para impedir que ocurra un embarazo". En el pasado cuando la legislación ha sido formulada, se ha invitado a la Asociación Nacional de Ginecología y Obstetricia para que proporcione al Parlamento orientación en asuntos de salud reproductiva.

Preguntas: Por favor discutan y contesten las siguientes preguntas.

1. ¿Cuáles son los aspectos preocupantes de esta situación?
2. ¿De qué maneras podrían abogar ustedes? ¿Cómo podrían transmitir su mensaje?
3. ¿Cuál es la audiencia de su *advocacy*?
4. ¿Cuáles son algunos de los beneficios del *advocacy* en esta situación?
5. ¿Cuáles son algunos riesgos posibles en esta situación? ¿Existen riesgos que les impedirían responder?
6. ¿Qué relación tiene esta situación con su vida real?

Mensaje de un minuto: Por favor formulen un mensaje de un minuto de duración basado en el siguiente formato y ejemplo:

» Una declaración *(El aborto inseguro es una pandemia evitable en el Hemisferio Sur.)*

» Un dato de evidencia *(Según la Organización Mundial de la Salud, casi todas las 47,000 muertes anuales relacionadas con el aborto inseguro ocurren en el Hemisferio Sur.)*

» Un caso o historia *(Hauwa era una madre amorosa y dedicada de tres hijos cuando quedó embarazada de nuevo a los 41 años de edad. Se enteró de que el feto tenía graves malformaciones. Dado que en su país el aborto es legal solo para salvar la vida de la mujer embarazada, Hauwa recurrió a un aborto inseguro…)*

» Un llamado a la acción *(Hacemos un llamado al Estado para que revise la restrictiva ley nacional referente al aborto, legalice el aborto seguro y asegure su accesibilidad para todas las mujeres que lo necesiten.)*

Quinta tarjeta sobre oportunidades de *advocacy*:

Instrucciones: Por favor lea el siguiente escenario. Asigne a una persona para que tome notas para el grupo. Discuta las preguntas 1 a 6. Formule el mensaje de un minuto de duración para su grupo. A la persona que tome notas se le pedirá que resuma los puntos clave de la discusión y presente el mensaje del grupo en plenaria. (La presentación del mensaje de un minuto debe llevar solo un minuto.)



Escenario: Después de asistir a un taller regional sobre aborto, usted (estudiante de ciencias de la salud) revisa el contenido relacionado con la salud sexual y reproductiva en el currículo de su escuela. Usted se da cuenta de que no se menciona para nada el tema del aborto. El aborto inseguro es común en su país. La mayoría de los casos de urgencia en la maternidad del hospital docente son por septicemia grave a causa del aborto inseguro. Usted sabe que varios estudiantes en su clase están interesados en adquirir conocimientos y habilidades clínicas para prestar servicios seguros de atención integral del aborto. Sin embargo, en su universidad también existe un capítulo activo de Estudiantes Pro Vida.

Preguntas: Por favor discutan y contesten las siguientes preguntas.

1. ¿Cuáles son los aspectos preocupantes de esta situación?
2. ¿De qué maneras podrían abogar ustedes? ¿Cómo podrían transmitir su mensaje?
3. ¿Cuál es la audiencia de su *advocacy*?
4. ¿Cuáles son algunos de los beneficios del *advocacy* en esta situación?
5. ¿Cuáles son algunos riesgos posibles en esta situación? ¿Existen riesgos que les impedirían responder?
6. ¿Qué relación tiene esta situación con su vida real?

Mensaje de un minuto: Por favor formulen un mensaje de un minuto de duración basado en el siguiente formato y ejemplo:

» Una declaración *(El aborto inseguro es una pandemia evitable en el Hemisferio Sur.)*

» Un dato de evidencia *(Según la Organización Mundial de la Salud, casi todas las 47,000 muertes anuales relacionadas con el aborto inseguro ocurren en el Hemisferio Sur.)*

» Un caso o historia *(Hauwa era una madre amorosa y dedicada de tres hijos cuando quedó embarazada de nuevo a los 41 años de edad. Se enteró de que el feto tenía graves malformaciones. Dado que en su país el aborto es legal solo para salvar la vida de la mujer embarazada, Hauwa recurrió a un aborto inseguro…)*

» Un llamado a la acción *(Hacemos un llamado al Estado para que revise la restrictiva ley nacional referente al aborto, legalice el aborto seguro y asegure su accesibilidad para todas las mujeres que lo necesiten.)*

Actividad 5.C: Educación de pares sobre aborto

PROPÓSITO

Las personas participantes identificarán las consideraciones que pueden ser apropiadas cuando se imparte educación de pares sobre aborto. Además, aprenderemos a utilizar una herramienta de planificación llamada análisis 'FODA' para identificar las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas que afectan a las asociaciones de estudiantes de ciencias de la salud interesadas en impartir educación de pares sobre aborto. Éste es un paso en la planificación de programas eficaces de educación de pares, incluidos los programas sobre aborto.

TIEMPO

1 hora y 15 minutos

MATERIALES

» 'Módulo 5' de la presentación, **diapositivas 20 a 24**

» Documento suplementario 'Introducción al análisis FODA para participantes'

» Documento suplementario 'Plantilla del análisis FODA'

» Rotafolio, marcadores y cinta adhesiva

PREPARATIVOS

1. Revisar las diapositivas de la presentación.
2. Imprimir cinco copias de la 'Introducción al análisis FODA para participantes'.
3. Copiar la 'plantilla del análisis FODA' en una hoja de rotafolio.

INSTRUCCIONES 1 2 3

1. Invite a las personas a participar al máximo en esta actividad. Infórmeles que el propósito de esta actividad es que las personas participantes discutan la educación de pares sobre aborto. Además, aprenderemos a utilizar la herramienta de planificación llamada 'análisis FODA' para identificar las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas que afectan a las asociaciones de estudiantes de ciencias de la salud interesadas en impartir educación de pares sobre aborto. Éste es un paso en la planificación de programas eficaces de educación de pares, incluidos los programas sobre aborto.
2. Facilite una corta discusión para presentar el tema de esta actividad. Conceda 10 minutos para esta discusión. Si desea, puede utilizar las siguientes preguntas para la discusión:

   a. ¿Qué son pares?

   b. *¿Qué es educación de pares?*

   c. *¿Por qué impartimos educación de pares? ¿Cuáles son algunos de los beneficios de la educación de pares?*

3. Pregúnteles a las personas participantes si la asociación de estudiantes tiene programas de educación de pares sobre salud y derechos sexuales y reproductivos.

4. Invite a dos participantes a resumir en dos o tres minutos el programa de educación de pares. Si desea, puede hacer las siguientes preguntas para guiar la discusión:

   a. *¿Qué temas aborda el programa de educación de pares?*

   b. *¿Aborda el aborto? ¿Cómo?*

   c. *Si no aborda el aborto, ¿cuáles fueron las razones para no incluirlo?*

   d. *Si aborda el aborto, ¿qué consideraciones especiales toman en cuenta? ¿Cuáles han sido sus experiencias hasta la fecha?*

5. Reconozca que pocos programas de educación de pares abordan adecuadamente el tema del aborto; puede resultar difícil impartir educación de pares sobre aborto. Usted puede decirle al grupo de participantes que muchos educadores de pares carecen de la capacitación y habilidades necesarias.

6. Pregúnteles: ¿Por qué es importante incluir el tema del aborto en la educación de pares sobre salud y derechos sexuales y reproductivos?

7. A medida que las personas participantes identifiquen las razones para impartir educación de pares sobre aborto, escriba las razones en una hoja de rotafolio. Recuérdeles que las mujeres jóvenes son afectadas de manera desproporcionada por el aborto inseguro, y que los programas de educación de pares pueden mejorar la salud y la vida de las mujeres jóvenes al ampliar su acceso a información sobre los servicios de aborto seguro.

8. Presente todas las diapositivas para esta actividad (**diapositivas 20 a 24**). Conceda cinco minutos para este paso.

9. Solicite y conteste preguntas de las personas que necesiten aclaración.

10. Divida a las personas en cinco grupos pequeños. Si es posible, agrúpelas por país o asociación que representan.

11. Coloque en la pared la hoja de rotafolio 'Plantilla del análisis FODA' y pregunte si alguien sabe qué es el análisis FODA.

12. Si las personas participantes no lo mencionan, explique que el análisis FODA significa fortalezas y debilidades (que son internas a la organización que realiza el análisis) y oportunidades y amenazas (que son externas). El análisis FODA está diseñado para ayudar a la organización a entender cómo se relaciona con el ambiente externo, y puede ser una herramienta útil para la planificación estratégica.

13. Entregue a cada grupo una copia de la 'Introducción al análisis FODA para participantes' y revise el documento.

14. Pida a los grupos pequeños que se imaginen que la asociación de estudiantes ha decidido iniciar un programa de educación de pares sobre aborto o integrar el tema del aborto en un programa existente de educación de pares. ¿Qué fortalezas internas les brindarán apoyo? ¿Qué debilidades internas deben ser abordadas antes que puedan empezar? ¿Qué oportunidades y amenazas externas podrían afectarles y cómo?

15. Pida a los grupos que copien la 'Plantilla del análisis FODA' en una hoja de rotafolio y que la contesten para la asociación de estudiantes. Conceda 30 minutos para que los grupos realicen el análisis FODA.

16. Después de 30 minutos, vuelva a reunir a los grupos en plenaria y facilite una discusión. Conceda de 15 a 20 minutos para la discusión. Si desea, puede utilizar las siguientes preguntas para la discusión.

    a. *¿Qué observaciones pueden hacer sobre el análsis FODA? ¿Hubo algo que les sorprendió?*

    b. *¿Qué factores en las fortalezas internas y oportunidades externas representan apoyo para la educación de pares sobre aborto?*

    c. *¿Qué factores en las debilidades internas y amenazas externas deben ser abordados para que la asociación de estudiantes tenga éxito impartiendo educación de pares sobre aborto?*

    d. *¿Qué ideas o inspiración adquirieron durante esta actividad que pueden llevarse a su hogar o a su asociación?*

    e. *¿Cuáles son algunos próximos pasos que pueden dar con su asociación?*

17. Resuma los puntos sobresalientes de la discusión.

18. Recuérdeles que un próximo paso importante para toda asociación interesada en impartir educación de pares sobre aborto es formular estrategias para convertir las debilidades internas y amenazas externas en fortalezas y oportunidades (o mitigar sus efectos), así como realizar el diseño del programa.

19. Solicite ideas y observaciones finales de las personas participantes.

20. Agradezca al grupo por participar en esta actividad.

INTRODUCCIÓN AL ANÁLISIS FODA PARA PARTICIPANTES

Adaptada de ABARIS Consulting Inc., 2001



¿Qué es el análisis FODA?

Las siglas FODA significan Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas. Es un proceso diseñado para ayudar a una organización a entenderse y cómo se relaciona con el ambiente externo. FODA puede ayudar a evaluar si una organización está alineada con el mundo a su alrededor. Muchas personas consideran que FODA es sinónimo de planificación estratégica. De hecho, FODA es solo una de muchas herramientas que pueden utilizarse para el proceso de planificación estratégica de una organización. Por si sola, no es suficiente para formular un plan estratégico.

¿Qué es el propósito del análisis FODA?

El análisis le proporciona información que le ayuda a tomar decisiones. Como tal, las listas de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas no son útiles solas. Solo cuando sus posibles implicaciones para la organización son analizadas usted empieza a conseguir resultados verdaderamente significantes.

¿Cuáles son los pasos del análisis FODA?

Los pasos clave en el análisis FODA son:

1. Realizar una lluvia de ideas sobre sus Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas. Las fortalezas y debilidades deben enfocarse internamente (dentro de la organización. Las oportunidades y amenazas deben enfocarse externamente (fuera de la organización).
2. Revisar una categoría a la vez. Reducir todas las ideas en la categoría a las cinco ideas principales.
3. Discutir las cinco ideas principales y analizar sus posibles implicaciones para la organización y cualquier programa deseado.
4. Repetir los pasos 2 y 3 para las tres categorías restantes.
5. Recordar que la idea del análisis FODA es entender mejor cómo su organización se puede relacionar con su ambiente externo. Considerar cómo las fortalezas y debilidades internas de la organización se relacionan con las oportunidades y amenazas externas a la organización.
   a. Los factores que representan las fortalezas de la organización y las oportunidades en el ambiente externo representan posibles áreas de crecimiento.
   b. Los factores que representan las debilidades de la organización y las amenazas en el ambiente externo representan las áreas que deben ser abordadas.
6. Identificar los próximos pasos para compartir y aplicar los hallazgos del análisis FODA. Esto puede incluir formular estrategias para superar las debilidades internas y amenazas externas.

MOSTRAR PLANTILLA

Copie esta plantilla a una hoja de rotafolio.



Análisis FODA: integrando el tema del aborto en los programas de educación de pares dirigidos por asociaciones de estudiantes de ciencias de la salud	
FORTALEZAS (internas)	OPORTUNIDADES (externas)
DEBILIDADES (internas)	AMENAZAS (externas)

MÓDULO **CINCO**

Actividad 5.D: Apoyando a las mujeres durante su experiencia de aborto

Adaptada de Breastfeeding USA, 2013; Turner et al., 2012

PROPÓSITO

Las personas participantes adquirirán conocimientos sobre acompañamiento durante el aborto y desarrollarán habilidades para brindar consejería a pares. La actividad motiva a cada participante a explorar el aborto desde los puntos de vista de las mujeres y discutir cómo apoyar el acceso de las mujeres a servicios seguros.

TIEMPO

2 horas y 15 minutos

Esta actividad de dos partes se beneficia de un corto receso o actividad de animación. La Parte I dura 45 minutos; la Parte II, 90 minutos.

MATERIALES

» 'Módulo 5' de la presentación, **diapositivas 25 a 42**

» Documento suplementario 'Instrucciones para participantes'

» Documento suplementario 'Escenarios'

PREPARATIVOS

1. Revisar cuidadosamente las instrucciones para esta actividad. Es la actividad más larga en esta guía de capacitación y requiere sólidas habilidades de facilitación. La Parte I ofrece una introducción al acompañamiento durante el aborto, con amplias oportunidades para una discusión entre participantes. Por medio de juegos de roles, la Parte II ayuda a cada participante a desarrollar habilidades para brindar consejería de pares. Si no hay suficiente tiempo en la agenda del taller, cualquiera de las dos partes puede aplicarse como una actividad independiente.
2. Revisar las diapositivas de la presentación e instrucciones adicionales en las secciones de notas.
3. Puede decidir si escribir en una hoja de rotafolio las diferentes series de preguntas para la discusión en la Parte I. Si las personas participantes pueden ver las preguntas, esto puede ayudarles a enfocarse durante la discusión. Si decide escribirlas, utilice una hoja de rotafolio por cada serie de preguntas.
4. Revisar los documentos suplementarios, que se utilizan en la Parte II. **Si desea, puede adaptar los escenarios a su contexto local. Esto puede ayudar a las personas participantes a entender a las mujeres en los escenarios.**

5. Imprimir las 'Instrucciones para participantes'. Hacer suficientes copias para todas las personas participantes.

6. Imprimir los 'Escenarios'. Hacer suficientes copias para que cada participante reciba uno de los Escenarios (no los tres).

INSTRUCCIONES 1 2 3

PARTE I (Acompañamiento durante el aborto)

1. Dé la bienvenida a las personas participantes. Infórmeles que el propósito de esta actividad es que cada participante adquiera conocimientos sobre el acompañamiento durante el aborto (Parte I) y desarrolle habilidades para brindar consejería a pares (Parte II). Exploraremos el aborto desde los puntos de vista de las mujeres y discutiremos cómo apoyar el acceso de las mujeres a servicios seguros.

2. Para introducir la Parte I, pida a las personas participantes que den algunos ejemplos de lo que el acompañamiento durante el aborto significa para ellas: ¿Qué es el acompañamiento durante el aborto? ¿En qué consiste?

3. Presente las diapositivas sobre el acompañamiento durante el aborto (**diapositivas 26 a 34**).

4. Continúe la conversación y discuta quién puede brindar acompañamiento durante el aborto. Si desea, puede utilizar las siguientes preguntas para guiar la discusión. Si preparó una hoja de rotafolio con estas preguntas para la discusión, colóquela en la pared ahora. Conceda cinco minutos para esta discusión.

    a. *¿Qué conocimientos, habilidades y recursos debe tener la persona acompañante?*

    b. *¿Cuáles son algunas razones por las cuales las personas brindan acompañamiento durante el aborto?*

5. Si las y los participantes no mencionan estas importantes razones por las cuales las personas no brindan acompañamiento durante el aborto, menciónelas antes de continuar:

    a. *Quizás conozcan a la mujer personalmente y se preocupen profundamente por su salud y bienestar.*

    b. *Tal vez crean que dejar que las mujeres mueran a causa del aborto inseguro es poco ético y que todas las mujeres tienen derecho a tener autonomía corporal y recibir servicios de salud.*

    c. *Posiblemente quieran reducir la morbimortalidad materna en su comunidad.*

6. Haga hincapié en que la persona acompañante a menudo tiene muchos otros roles y responsabilidades en su vida, quizás como estudiante, promotor/a, trabajador/a social, abogado/a, profesional de la salud, etc. Ser acompañante es solo uno de los papeles que desempeña.

7. Facilite una discusión sobre los beneficios y riesgos del acompañamiento durante el aborto. Si desea, puede utilizar las siguientes

preguntas para guiar la discusión. Si usted preparó de antemano una hoja de rotafolio con estas preguntas para la discusión, colóquela en la pared ahora. Conceda 10 minutos para esta discusión.

a. *¿Cómo puede el acompañamiento mejorar las experiencias de las mujeres con el aborto? ¿Y el acceso a servicios seguros?*

b. *¿Cuáles son algunos obstáculos para brindar acompañamiento durante el aborto?*

c. *¿Cuáles son algunos riesgos? ¿Para la persona acompañante? ¿Para las mujeres que buscan servicios de aborto? ¿Para quienes prestan los servicios?*

8. Dé ejemplos de cómo el acompañamiento durante el aborto puede realizarse en diferentes maneras según el contexto legal. Si desea, puede decir lo siguiente:

   Existen muchas maneras diferentes de brindar acompañamiento durante el aborto. En un país con muchas indicaciones legales para el aborto, una mujer posiblemente se sienta cómoda pidiéndole a una persona allegada que le brinde apoyo. Quizás haya grupos de mujeres que anuncian públicamente sus servicios de acompañamiento. En un país con ninguna o pocas indicaciones legales para el aborto, el acompañamiento puede estar relacionado con el acceso a información basada en evidencia y reducción de daños. En algunos países de América Latina, donde el aborto no es legal, ni siquiera para salvar la vida de la mujer, las líneas de atención telefónica sobre aborto proporcionan a las mujeres que llaman información sobre cómo usar misoprostol para inducir un aborto de manera segura por sí misma. Ésta es una estrategia de reducción de daños porque el misoprostol para el aborto es seguro y eficaz; sin esta información, la mujer podría recurrir a métodos inseguros que ponen su vida y su salud en peligro. Y el acceso a la información es un derecho humano. Algunos grupos ayudan a las mujeres a viajar a un estado o país donde los servicios de aborto seguro y legal son accesibles. A nivel internacional, grupos como Women on Web brindan consejería dirigida por profesionales médicos y servicios de aborto con medicamentos en línea a las mujeres que viven en lugares donde el aborto es restringido por la ley.

9. Solicite que cada participante reflexione sobre las oportunidades que las y los profesionales de la salud en formación tienen para brindar acompañamiento durante el aborto. Si desea, puede utilizar las siguientes preguntas para guiar la discusión. Si usted preparó de antemano una hoja de rotafolio con estas preguntas para la discusión, colóquela en la pared ahora. Conceda de 10 a 15 minutos para esta discusión.

   a. *¿Pueden pensar en alguna situación en la que una mujer que busca servicios de aborto podría pedir ayuda a ustedes, como profesionales de la salud en formación.*

   b. *¿Cómo pueden las y los profesionales de la salud en formación apoyar a las mujeres que necesitan abortos?*

   c. *¿Las y los profesionales de la salud en formación se encuentran en una buena posición para brindar acompañamiento durante el aborto? ¿Por qué? ¿Por qué no?*

d. *¿Qué apoyo y recursos ayudarían a profesionales de la salud en formación a brindar acompañamiento durante el aborto?*

10. Resuma los puntos clave de las discusiones.
11. Solicite y conteste preguntas de las personas que necesiten aclaración.
12. Después de un receso, continúe con la Parte II de esta actividad.

PARTE II (Consejería de pares)

1. Si en la Parte I las personas participantes expresaron interés en brindar acompañamiento durante el aborto, dígales que esta parte de la actividad les da la oportunidad de practicar algunas de las habilidades necesarias. Motívelas a continuar desarrollando habilidades después del taller. Si no expresaron interés en brindar acompañamiento durante el aborto, asegúreles que esta parte de la actividad es una buena manera de explorar el aborto desde diferentes puntos de vista de las mujeres.
2. Recuérdeles que un componente importante del acompañamiento durante el aborto es la consejería. Dígales que muchas personas que son acompañantes formales tienen formación en consejería de pares.
3. Facilite una discusión sobre consejería. Si desea, puede utilizar las siguientes preguntas para guiar la discusión. Conceda 20 minutos para esta discusión.
   a. *¿Qué es la consejería?*
   b. *¿Cuál es la diferencia entre educación y consejería?*
   c. *¿Por qué son el apoyo emocional y la empatía importantes aspectos de la consejería?*
   d. *¿Cómo la comunicación no verbal afecta la consejería?*
   e. *¿Cuáles son algunos beneficios de una consejería buena? ¿Cuáles son algunos riesgos de una consejería mala?*
4. Presente las diapositivas de la presentación sobre consejería de pares (**diapositivas 35 a 40**). Asegúrese de identificar claramente la diferencia entre consejería de pares y consejería profesional. Dígales que la consejería de pares **no** incluye recomendaciones y consejos médicos.
5. Divida a las y los participantes en grupos pequeños, cada uno de tres personas. Es importante que cada grupo pequeño consista en tres personas. Si hay un grupo de dos personas, un/a facilitador/a puede unirse a ese grupo una vez que los juegos de roles estén preparados para comenzar.
6. Presente la diapositiva 'Escenarios para los juegos de roles' (**diapositiva 41**). Explique que cada grupo pequeño representará tres juegos de roles diferentes sobre mujeres que buscan servicios de aborto. Todas las personas tendrán la oportunidad de desempeñar el papel de la usuaria (o su pareja), un/a consejero/a de pares y un/a observador/a. Deje la diapositiva mostrada durante el resto de la actividad; esto les permite al grupo de participantes ver una visión general de los diferentes escenarios y puede ser un buen recordatorio visual según vayan representando los juegos de roles.

7. Entregue a cada participante una copia de las 'Instrucciones' y una de los 'Escenarios'. Entregue a las personas en un grupo pequeño diferentes escenarios. En cada grupo pequeño debe haber una persona con el Escenario A, una con B y una con C.

8. Revise las instrucciones primero. Solicite que las personas participantes tomen turnos leyendo en voz alta los siete pasos básicos para brindar consejería a pares. Conteste las preguntas de las personas antes de continuar.

9. Pídales que lean su escenario asignado y decidan si quieren desempeñar el papel de la usuaria o su pareja. Recuérdeles mantener en secreto los detalles de su escenario.

10. Invite a los grupos a iniciar los juegos de roles. Concédales hasta 40 minutos para que trabajen en los tres escenarios. Si es posible, permita que los grupos salgan del salón principal donde se está llevando a cabo el taller y utilicen diferentes espacios más privados durante los juegos de roles.

11. Camine entre los grupos pequeños durante los juegos de roles como observador/a en silencio. Tome notas de ejemplos de una consejería buena. Anote también ejemplos de una consejería que puede mejorar y toda información incorrecta que escuche de manera que la pueda corregir después de los juegos de roles. Recuérdeles a los grupos del tiempo que les queda, según sea necesario. Por ejemplo, puede informarles cuándo tienen que concluir cada juego de roles (aproximadamente cada 10 o 15 minutos).

12. Después de los juegos de roles, solicite que todos los grupos vuelvan a reunirse en el salón principal del taller.

13. Una vez que todas las personas hayan regresado en plenaria, dirija la discusión sobre los juegos de roles. Si desea, puede utilizar las siguientes preguntas para guiar la discusión. Éste es un buen momento para que usted como facilitador/a resuma algunas de las observaciones que hizo durante los juegos de roles, sin dominar la discusión. Conceda por lo menos 20 minutos para la discusión.

    a. *¿Cómo creen que les fue con los juegos de roles? ¿Qué fue difícil o fácil en sus sesiones de consejería?*

    b. *¿Qué sentimientos tuvieron cuando desempeñaron el papel de la usuaria o su pareja? ¿El/la consejero/a de pares?*

    c. *¿Qué ejemplos de una buena consejería observaron durante los juegos de roles?*

    d. *¿Cuáles fueron algunos asuntos importantes que surgieron? ¿Cómo podemos abordarlos en el futuro?*

    e. *Si estos fueran escenarios de la vida real, ¿qué hubieran hecho próximamente para ayudar a la usuaria a obtener servicios seguros?*

14. Resuma los puntos clave de la discusión.

15. Solicite ideas o preguntas finales de las personas participantes.

16. Agradezca al grupo por participar en esta actividad.
17. Presente la diapositiva final ‘Mensajes clave’ (diapositiva 42).
18. Felicite a las personas participantes por concluir todas las actividades en el taller de capacitación, y continúe con el cierre del taller.

INSTRUCCIONES PARA PARTICIPANTES

Esta actividad es un juego de roles sobre consejería de pares. Hay tres escenarios diferentes. Su grupo representará los tres escenarios. Por lo tanto, usted tendrá la oportunidad de desempeñar los papeles de: 1) usuaria que busca servicios de aborto (o su pareja); 2) consejero/a de pares; y 3) observador/a. Revise las instrucciones a continuación y, si tiene preguntas, diríjalas al facilitador antes de iniciar el primer juego de roles.



Instrucciones:

1. Discutan de manera resumida el contexto legal para sus juegos de roles. Pueden especificar las indicaciones legales para el aborto. Recuerde: Existen diferentes maneras de brindar acompañamiento según el contexto legal, y el acceso a la información es un derecho humano.
2. Lea el escenario que le fue asignado y familiarícese con él de manera que pueda actuar lo más natural posible cuando haga de **usuaria** o su pareja. El resto del grupo no debe conocer los detalles de su escenario hasta que usted lo represente en el juego de roles.
3. Cuando haga de **consejero/a de pares**, responda a la usuaria o a su pareja con técnicas de consejería eficaz e información pertinente basada en evidencia, según vaya representando el escenario. Los pasos básicos enumerados a continuación pueden guiarle durante todo el proceso de consejería. Tome unos minutos para revisarlos antes de comenzar.
4. Cuando haga de **observador/a**, permanezca en silencio durante el juego de roles y practique la escucha activa. Escriba ejemplos de una buena consejería y ejemplos de consejería que puede mejorar.
5. Ahora puede iniciar el primer juego de roles. Tiene 40 minutos para concluir los tres juegos de roles (es decir, aproximadamente 10 o 15 minutos para cada juego de roles).

Pasos básicos para la consejería de pares:

1. **Establezca una buena relación de comunicación**. Salude a la usuaria, ayúdela a relajarse y a sentirse cómoda.
2. **Brinde apoyo emocional**. Muestre respeto y empatía; valide los sentimientos e inquietudes de la usuaria.
3. **Motívela a hablar libremente**. Practique la escucha activa, haga preguntas abiertas para entender la situación, necesidades y preferencias de la usuaria; esto le ayudará a determinar qué información necesita ella.
4. **Comparta información basada en evidencia** que sea pertinente para la usuaria y ayúdela a considerar sus opciones y tomar una decisión (opciones del embarazo, métodos de aborto seguro, efectos secundarios y signos de alarma de complicaciones relacionadas con el aborto, etc.).
5. **Asegúrese de que la decisión de la usuaria sea libre e informada**. Aclare qué motivó su decisión de una manera que le brinde apoyo y no la juzgue; afirme su decisión independientemente de que usted esté o no esté de acuerdo con ella.



6. **Haga arreglos para referir o acompañar a la usuaria a los servicios**. En la vida real, esto puede implicar diferentes tipos de apoyo físico y logístico, como programar citas, organizar el viaje, etc.
7. **Cierre la sesión**. Pónganse de acuerdo en cuanto a los próximos pasos, hagan un plan de seguimiento, vuelva a tranquilizar a la usuaria con palabras reconfortantes y afirme sus acciones positivas.

Recuerde, un/a consejero/a de pares **no** da recomendaciones o consejos médicos personales, y **no** realiza evaluaciones clínicas.

Escenarios

Escenario A



Usted es estudiante de medicina de segundo año y vive en una ciudad grande. Su novio también es estudiante de medicina y ustedes llevan un año de relación amorosa. A pesar de que ambos son estudiantes de medicina y entienden la reproducción humana, ninguno de los dos se siente cómodo discutiendo el uso de anticoncepción entre ustedes. Durante sus estudios para los exámenes finales de segundo año, usted se da cuenta de que no puede recordar la última vez que le bajó la regla. Cuando se hace la prueba del embarazo al día siguiente, ésta resulta ser positiva.

Al principio usted está asustada y no puede creer que esté embarazada. Le gustaría terminar sus estudios de medicina antes de empezar una familia. Sus padres son muy religiosos. No aprueban de tener hijos fuera del matrimonio, pero también se oponen al aborto. Usted se vuelve cada vez más nerviosa y empieza a mostrar signos de depresión. Por ejemplo, tiene dificultad para conciliar el sueño, ha perdido el apetito y no cuida su apariencia física. En busca de apoyo, por fin se comunica con un consejero de pares en la universidad. Usted parece estar distante cuando conoce al consejero.

Usted no está segura cuál es la edad gestacional de su embarazo, pero cree que han pasado aproximadamente siete u ocho semanas desde su última menstruación. Le gustaría interrumpir su embarazo antes que comiencen sus exámenes, si es posible.

Para usted es importante estar segura de que puedan interrumpir su embarazo en un solo procedimiento.

Escenario A alternativo: La pareja

[Utilice este escenario si prefiere hacer el papel de un hombre. Lea el escenario anterior para entender las circunstancias y preferencias de la usuaria.]

Usted es el novio de la joven en el escenario anterior. Ella le confía su embarazo y sus sentimientos al respecto. En busca de apoyo e información, usted se comunica con uno de los consejeros de pares en la universidad.



Escenario B

Usted es madre de cuatro niños pequeños y vive en un distrito rural. Su esposo tiene un taller para reparar bicicletas y casi nunca está en su casa; por lo tanto, usted tiene que criar a sus hijos y ocuparse del hogar casi por sí misma. Cuando se entera de que está embarazada de nuevo, se siente abrumada y triste. Tanto usted como su marido querían prevenir otro embarazo.

Un día en el mercado, usted ve un teatro callejero sobre la salud de las mujeres y se acerca después de concluido el teatro para hablar con los consejeros de pares y preguntarles sobre su situación. Usted está al tanto de que hay tratamientos disponibles para que una mujer pueda interrumpir su embarazo, pero se siente muy nerviosa para hablar al respecto porque el aborto es estigmatizado en su comunidad.

Esta vez usted reconoce los síntomas del embarazo temprano porque son similares a los que presentó en embarazos anteriores. Cree que solo han pasado cuatro o cinco semanas desde su última menstruación. Le gustaría interrumpir su embarazo, si es posible.

Para usted es importante que parezca natural, como un aborto espontáneo, en caso de que alguien se entere de que está embarazada.

Escenario B alternativo: La pareja

[Utilice este escenario si prefiere hacer el papel de un hombre. Lea el escenario anterior para entender las circunstancias y preferencias de la usuaria.]

Usted es el esposo de la joven en el escenario anterior. Ella le confía su embarazo y sus sentimientos al respecto. Un día, frente a su taller de reparación de bicicletas, usted ve un teatro callejero sobre la salud de las mujeres y se acerca después de concluido el teatro para hablar con los consejeros de pares y preguntarles sobre la situación de su esposa.

Escenario C

Usted es una adolescente y vive en un barrio urbano grande y empobrecido. Trabaja en una fábrica local para ayudar a mantener a su familia.



Después de tener relaciones sexuales con alguien una sola vez, usted queda embarazada. Cuando se da cuenta de que está embarazada, tiene una mezcla de emociones. Se siente orgullosa y asombrada por la capacidad de su cuerpo para quedar embarazada, pero no se siente preparada para ser madre. Dada la situación financiera inestable de su familia, usted no cree que sea posible mantener a otra persona más.

Usted acude al centro de jóvenes en su comunidad y se reúne con uno de los consejeros de pares ahí. Tiene una buena impresión de él/ella, pero le cuesta entender parte de la información que le proporciona.

Usted recuerda que su última regla le bajó cerca del cumpleaños de su padre hace 13 semanas. Le gustaría interrumpir su embarazo, si es posible.

Usted les tiene miedo a las cirugías y agujas, y le gustaría que le hicieran el menor número posible de intervenciones médicas.

Escenario C alternativo: El hermano

[Utilice este escenario si prefiere hacer el papel de un hombre. Lea el escenario anterior para entender las circunstancias y preferencias de la usuaria.]

Usted es el hermano de la joven en el escenario anterior. Ella le confía su embarazo y sus sentimientos al respecto. En busca de apoyo e información, usted acude al centro de jóvenes en su comunidad y se reúne con uno de los consejeros de pares ahí.

Glosario de términos

Adaptado de Turner et al. 2012

Aborto con medicamentos: El uso de uno o más medicamentos para interrumpir un embarazo. Estos medicamentos interrumpen el embarazo, el cual es expulsado por el útero en un proceso similar al de un aborto espontáneo. El aborto con medicamentos a veces es conocido como aborto farmacológico, aborto farmacéutico o la píldora de aborto. El aborto con medicamentos es diferente a la anticoncepción de emergencia (AE), también conocida como la "píldora del día siguiente", la cual impide que ocurra el embarazo.

Aborto espontáneo: La interrupción del embarazo sin una intervención deliberada. Es comúnmente conocido como pérdida del embarazo.

Aborto inducido: La interrupción del embarazo por una intervención deliberada con este propósito.

Aborto inseguro: Un aborto que es realizado ya sea por personas que no poseen las habilidades necesarias o en un ambiente que no cumple con los requisitos médicos mínimos, o ambas cosas.

Acceso a los servicios de aborto: Abarca la disponibilidad de servicios de aborto y el uso de esos servicios.

Acompañamiento durante el aborto: En el acompañamiento durante el aborto, una persona brinda apoyo emocional, físico y logístico a la usuaria durante su experiencia de aborto. Puede incluir consejería de pares, identificación de los servicios de aborto seguro, transporte a la unidad de salud, ida y vuelta, apoyo durante el procedimiento de aborto y seguimiento postaborto. El acompañamiento se basa en la premisa de que las mujeres deben tener acceso a servicios de aborto seguro que respeten sus derechos humanos, lo cual incluye estar plenamente informada sobre cada paso en el proceso.

Apoyo emocional: Asistencia amable y alentadora para aminorar los temores o sentimientos negativos de una persona. El apoyo emocional puede ser una demostración física (tal como tomarle la mano a una persona), verbal (tal como usar palabras alentadoras) o no verbal (tal como asentir de manera alentadora.

Atención integral del aborto (AIA): La atención integral del aborto (AIA) centrada en la mujer es un enfoque holista para proporcionar servicios de aborto, que toma en cuenta los diversos factores que influyen en las necesidades de salud, tanto física como emocional, de cada mujer, así como sus circunstancias personales. La AIA comprende una variedad de servicios médicos y servicios de salud afines, tales como consejería, aborto inducido, tratamiento del aborto incompleto y del aborto inseguro, servicios de anticoncepción y prestación de otros servicios de salud reproductiva o referencia a estos. El modelo centrado en la mujer para la prestación de servicios de aborto consiste en tres elementos clave: elección, acceso y calidad. Apoya a las mujeres para que ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos.

Atención postaborto (APA): Una serie de intervenciones clínicas y relacionadas –tales como evacuación endouterina, consejería, anticoncepción postaborto, otros servicios de salud reproductiva y alianzas con la comunidad– diseñadas para manejar el aborto incompleto y las complicaciones relacionadas con el aborto inseguro.

Capacidad evolutiva: Se refiere específicamente a la capacidad de las niñas y los niños para tomar decisiones sobre su vida por sí mismos. Además, es el concepto de que su capacidad para tomar decisiones evoluciona según hacen la transición de la infancia a la niñez y de la niñez a la adolescencia.

Consejería anticonceptiva: Escuchar las necesidades y los deseos de las personas en cuanto a un futuro embarazo, para ayudarlas a determinar si necesitan un método anticonceptivo y, si lo necesitan, ayudarlas a elegir el método más indicado para sus necesidades y estilo de vida. También se le conoce como consejería sobre planificación familiar. Puede ser brindada por profesionales de la salud y educadores de pares.

Consejería de pares: Consejería y apoyo brindados por personas que son consideradas similares

en edad u otros aspectos a la persona que recibe la consejería, y que han recibido la capacitación necesaria.

Contraindicación: Cualquier factor en la condición de una usuaria por el cual determinado tratamiento médico no es aconsejable o está contraindicado.

Derechos humanos: Prerrogativas y protecciones básicas inherentes a todos los seres humanos, independientemente de nuestras numerosas diferencias, tales como sexo, género, orientación sexual, nacionalidad, raza, etnia, religión e idioma. Los derechos humanos son universales, inalienables, interdependientes y no discriminatorios.

Derechos sexuales y reproductivos (DD. SS. RR.): Prerrogativas y protecciones que afectan el ejercicio y la expresión de la sexualidad y reproducción humana. Estos derechos implican que "las personas son capaces de disfrutar de una relación mutuamente satisfactoria y sin riesgos, libre de coacción o violencia y sin temor de infección o embarazo, y que pueden regular su fertilidad sin consecuencias adversas o peligrosas. Los derechos sexuales y reproductivos proporcionan un marco de referencia dentro del cual se puede lograr el bienestar sexual y reproductivo" (IPPF, 2003).

Educación de pares: Información y desarrollo de habilidades por personas que son consideradas similares en edad u otros aspectos a la persona que recibe la educación, y que han recibido la capacitación necesaria.

Género: Un sistema construido socialmente para categorizar a las personas con base a sus creencias sociales respecto a qué comportamientos, características y atributos son intrínsecamente masculinos y femeninos (Turner et al., 2012). La identidad de género es el sentido interno de una persona de sí misma. Existen diversas identidades de género, por ejemplo: hombre, mujer, transhombre, transmujer, bigénero y agénero. Para ver explicaciones de las diferentes identidades de género, recomendamos que se remita al Centro de Recursos sobre Equidad de Género, de la Universidad de California en Berkeley, disponible en línea: http://geneq.berkeley.edu/lgbt_resources_definition_of_terms. La identidad de género que vive una persona puede o no que sea la misma identidad que fue asignada al nacer, y puede cambiar a lo largo de su vida. Dado que género es un constructo social, las creencias sociales al respecto también pueden cambiar con el paso del tiempo.

Identidad sexual: Describe cómo una persona se identifica en cuanto a la atracción y actividad sexual, basándose en la principal preferencia sexual de la persona al mismo sexo, al sexo opuesto o a ambos. Además, es una categoría que abarca la autoidentificación con un grupo. Por ejemplo, lesbiana, gay, bisexual o queer. La identidad sexual de una persona es independiente de su sexo y género.

Igualdad de género: Significa que todas las personas, independientemente de su género, tienen igualdad de oportunidades, libertades y condiciones. No implica que todas las personas son iguales, sino que tienen el mismo valor y deben ser otorgadas igualdad de trato. La igualdad de género es un derecho humano.

Manejo del dolor: Uso de medicamentos, apoyo emocional y psicológico, cambios en el ambiente físico y otros medios para disminuir la experiencia de una persona relacionada con el dolor, que puede ser causado por ansiedad, dilatación cervical (antes del procedimiento de evacuación endouterina) y cólicos uterinos (durante y después de la evacuación endouterina o el aborto con medicamentos). Los estudios han mostrado que las usuarias que están asustadas o nerviosas son más propensas a sentir mayores niveles de dolor durante un procedimiento de aborto que aquéllas cuyos temores o inquietudes han sido atenuados.

Masculinidad: Cualidades, características o funciones generalmente consideradas típicas de un hombre o apropiadas para él.

Persona sexualmente saludable: Alguien que cree que tiene derechos, oportunidades y capacidad –por medio de información correcta y servicios seguros y respetuosos de atención integral a la salud sexual y reproductiva—para disfrutar y expresar su sexualidad. Esa persona es capaz de tomar buenas decisiones para protegerse a la vez que aprovecha las oportunidades para amar y tener relaciones íntimas.

Personas jóvenes: Hombres y mujeres de 10 a 24 años de edad. Este grupo abarca adolescentes (de 10 a 19 años de edad) y jóvenes (de 15 a 24 años de edad).

Salud reproductiva: Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. En consecuencia, la

salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

Salud sexual: Un estado de bienestar físico, mental y social relacionado con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia.

Servicios de anticoncepción: La provisión de consejería anticonceptiva, métodos y servicios apropiados para las necesidades y estilo de vida de las personas, que les ayudan a controlar su fertilidad evitando, aplazando o espaciando embarazos. Los servicios de anticoncepción pueden ser servicios independientes de salud sexual y reproductiva, o un componente de otros servicios integrales de salud, que incluyen servicios de atención integral del aborto.

Sexo: Se refiere a "categorías construidas socialmente basadas en **atributos biológicos** aceptados culturalmente" (Ferber, 2013, énfasis agregado). Entre las maneras comunes de categorizar a las personas como biológicamente femeninas o masculinas se encuentran: composición de los cromosomas, apariencia de los genitales (vulva o pene) independientemente de la composición de los cromosomas, órganos reproductivos y capacidad reproductiva (producción de óvulos o espermatozoides). Las personas que tienen ambos de cualquier serie de atributos son categorizadas como intersexuales.

Sexualidad: Captura "una variedad de conceptos, ideologías, identidades, comportamientos y expresiones relacionados con la condición de persona sexual y deseo" (Ferber, 2013). Comúnmente, describe cómo una persona vive su sexualidad y se relaciona con las personas con quienes tiene relaciones sexuales y emocionales. La sexualidad es experimentada y expresada en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones (Turner et al., 2012).

Violencia de género: Cualquier acto de violencia contra personas que se identifican o son percibidas como que pertenecen a cierta categoría de género, lo cual lleva (o probablemente lleva) a sufrimiento o daños físicos, sexuales o mentales, incluidas las amenazas de llevar a cabo dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que estos se lleven a cabo en un espacio público o privado.

Violencia sexual: Violencia que es específicamente sexual en naturaleza, o que está dirigida contra personas de un sexo debido a su sexo.

Referencias bibliográficas

Advocates for Youth. (2007). *Peer programs: Looking at the evidence of effectiveness, a literature review*. Washington, DC: Advocates for Youth.

Advocates for Youth. (2011). *Creating a strong & successful peer sexual health program*. Washington, DC: Advocates for Youth.

African Commission on Human and People's Rights. (2003). *African charter on human and peoples' rights on the rights of women in Africa*. Banjul, the Gambia: African Commission on Human and People's Rights. Fuente: www.achpr.org/instruments/women-protocol/

Anh, H. T., Ha, V. S., Minh, T. H., Thien, P. V., Phuong, N. T. y Dung, N. A. (2003). *Exploratory study on youth-friendly services in selected reproductive health projects-supported provinces*. Hanoi, Vietnam: Reproductive Health Projects.

Avahan: India AIDS Initiative. (2009). *Peer led outreach at scale: A guide to implementation*. Nueva Delhi, India: Bill and Melinda Gates Foundation.

Baird, T. L., Castleman, L. D., Hyman, A. G., Gringle, R. E. y Blumenthal, P. D. (2007). *Guía clínica para la atención integral del aborto en el segundo trimestre* (2a ed.). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Banerjee, S. K., Warvadekar, J., Andersen, K. L., Aich, P., Upadhyay, B. P., Rawat, A. y Aggarwal, A. (2013). *Are young women in India prepared to deal with sexual and reproductive health issues? A case study of Jharkhand, India*. Nueva Delhi, India: Ipas Development Foundation.

Barcklow D'Amica, E. L. y Sánchez, R. J. (2010). *Young women and their experiences with abortion: A guide for activists*. Ciudad de México, México: DECIDIR Coalición de Jóvenes por la Ciudadanía Sexual.

Bartlett, L. A., Berg, C. J., Shulman, H. B., Zane, S. B., Green, C. A., Whitehead, S. y Atrash, H. K. (2004). Risk factors for legal induced abortion–related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology, 103*(4), 729–737.

Berer, M. (2009). Provision of abortion by midlevel providers: International policy, practice and perspectives. *Bulletin of the World Health Organization, 2009*(87), 58–63.

Bernal, M. (2008). *Self-care and self-defense manual for feminist activists*. Nueva Delhi, India y Nueva York, NY: CREA.

Börjesson, E. (2013). *Making abortion care youth-friendly, a technical brief for Ipas country programs* (no publicado). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Börjesson, E., Izquierdo, J., de Guzman, A., McSmith, D. y Villa Torres, L. (2012). *Las mujeres jóvenes y el aborto: Guía para el diagnóstico situacional*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Börjesson, E. y Villa Torres, L. (2013). *Evaluación y recomendaciones para alianzas de Ipas con asociaciones de estudiantes de medicina y facultades de ciencias de la salud* (no publicado). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Bradley, G., Brown, G., Letherby, G., Bayley, J. y Wallace, L. M. (2008). Young women's experience of termination and miscarriage: A qualitative study. *Human Fertility, 11*(3), 186–90.

Calvès, A-E. (2002). Abortion risk and decision-making among young people in urban Cameroon. *Studies in Family Planning, 33*(3), 249–260.

Cameron, S., Glasier, A., Chen, Z., Johnstone, A., Dunlop, C. y Heller, R. (2012). Effect of contraception provided at termination of pregnancy and incidence of subsequent termination of pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 119*(9), 1074–1080.

Catholics for Choice. (2011). *The truth about Catholics and abortion*. Washington, DC: Catholics for Choice.

Centers for Disease Control. (2013). *Pregnancy mortality surveillance system*. Fuente: http://www.cdc.gov/reproductivehealth/MaternalInfantHealth/PMSS.html

Centro de Derechos Reproductivos (CRR). (2005). *Religious voices worldwide support choice: Pro-choice perspectives in five world religions*. Nueva York, NY: CRR.

Centro de Derechos Reproductivos (CRR). (2009). *World abortion laws 2009*. Nueva York, NY: CRR. Center for Reproductive Rights (CRR). (2010). *In harm's way: The impact of Kenya's restrictive abortion law*. Nueva York, NY: CRR.

Centro de Derechos Reproductivos (CRR) y Forum for Women, Law and Development. (2002). *Abortion in Nepal: Women imprisoned*. Nueva York, NY: CRR.

Center for Research on Environment Health and Population Activities (CREHPA). (2007). *The influence of male partners in pregnancy decision-making and outcomes in Nepal*. Katmandú, Nepal: CREHPA.

Checkoway, B. N. y Gutierrez, L. M. (2006). *Youth participation and community change*. Nueva York, NY: The Haworth Press.

Clark, N. y Utah, A. (2012). *The revolution starts with me! Promoting self care & preventing activist burnout*. Nicole Clark Consulting and SouLar Bliss. Fuente: http://origin.library.constantcontact.com/download/get/file/1106245061519-168/The+Revolution+Starts+with+Me+Zine.pdf

Creinin, M.D. (2003). Current medical abortion care. *Current Women's Health Reports, 3*(6), 461–469.

Davis, A., Westhoff, C. y de Nonno, L. (2000). Bleeding patterns after early abortion with mifepristone and misoprostol or manual vacuum aspiration. *Journal of the American Medical Women's Association, 55*(3), 141–144.

De Bruyn, M. y Packer, S. (2004). *Adolescents, unwanted pregnancy and abortion: Policies, counseling and clinical care*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Devereux, G. (1967). A typological study of abortion in 350 primitive, ancient and pre-industrial societies. *Abortion in America*. H. Rosen (Ed.). Boston, MA: Beacon Press.

Dick, B., Ferguson, J., Chandra-Mouli, V., Brabin, L., Chatterjee, S. y Ross, D. (2006). Review of the evidence for interventions to increase young people's use of health services in developing countries. *Preventing HIV/AIDS in young people: A systematic review of the evidence from developing countries*. D. Ross, B. Dick y J. Ferguson (Eds.). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Dobkin, L. M., Perrucci, A. C. y Dehlendorf, C. (2013). Pregnancy options counseling for adolescents: Overcoming barriers to care and preserving preference. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 43*, 96–102.

Donnelly, J. (1993). *International human rights*. Oxford, UK: Westview Press.

Elliott, G. (2009). Abortion and mental health. *Interdisciplinary views on abortion*. S. A. Martinelli-Fernandez, L. Baker-Sperry y H. McIlvaine-Newsad (Eds.). Jefferson, NC: McFarland and Company.

Ehrlich, J. S. (2003). Grounded in the reality of their lives: Listening to teens who make the abortion decision without involving their parents. *Berkeley Women's Law Journal, 18*, 61–180.

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). (2006). *Resolution on 'Conscientious Objection.'* Londres, Reino Unido: FIGO.

Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). (2004). *Medical and service delivery guidelines for sexual and reproductive health services* (3a ed.). Londres, Reino Unido: IPPF.

Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). (2008). *Access to safe abortion: A tool for assessing obstacles*. Londres, Reino Unido: IPPF.

Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). (2009). *Sexual rights, an IPPF declaration* (abridged version). Londres, Reino Unido: IPPF.

Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). (2010). *I decide: Young women's journeys to seek abortion care*. Londres, Reino Unido: IPPF.

Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). (2011). *Understanding young people's right to decide: Why is it important to develop capacities for autonomous decision-making?* Londres, Reino Unido: IPPF.

Federación Internacional de Planificación de la Familia /Región del Hemisferio Occidental (IPPF/WHR). (2002). *How gender-sensitive are your HIV and family planning services?* Nueva York, NY: IPPF/WHR.

Ferber, A. L., Holcomb, K. y Wentling, T. (2013). *Sex, gender, and sexuality: The new basics* (2a ed.). Nueva York, NY: Oxford University Press.

FHI360. (2010). *Evidence-based guidelines for youth peer education*. Research Triangle Park, Carolina del Norte: FHI360.

FHI360. (2012). *Gender integration framework: How to integrate gender in every aspect of our work*. Research Triangle Park, Carolina del Norte: FHI360.

Finer, L. B., Frohwirth, L. F., Dauphinee, L. A., Singh, A. y Moore, A. M. (2006). Timing of steps and reasons for delays in obtaining abortions in the United States. *Contraception, 74*(4), 334–344.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994*. Nueva York, NY: ONU.

Fundación de las Naciones Unidas. (2012a). *Why we care, Global leaders council for reproductive health: Fred Sai*. Washington, DC: Fundación de las Naciones Unidas.

Fundación de las Naciones Unidas. (2012b). *Why we care, Global leaders council for reproductive health: Vaira Vike-Freiberga*. Washington, DC: Fundación de las Naciones Unidas.

Fundación de las Naciones Unidas. (2012c). *Why we care, Global leaders council for reproductive health: Joy Phumaphi*. Washington, DC: Fundación de las Naciones Unidas.

Foster, D. G., Barar, R., Biggs, A., Roberts, S. y Gould, H. (2013). *Consequences of being denied a wanted abortion: Results from the Turnaway Study.* Fuente: http://www.ansirh.org/research/turnaway.php

Gasman, N., Blandon, M. M. y Crane, B. B. (2006). Abortion, social inequity and women's health: Obstetrician-gynecologists as agents of change. *International Journal of Gynecology and Obstetrics, 94*, 310–316.

Gebreselassie, H., Gallo, M. F., Monyo, A. y Johnson, B. R. (2005). The magnitude of abortion complications in Kenya. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 112*(9), 1229–1235.

Greene, M. E., Cardinal, L. y Goldstein-Siegel, E. (2010). *Girls speak: A new voice in global development*. Washington, DC: International Center for Research on Women.

Grimes, D. A., Benson, J., Singh, S., Romero, M., Ganatra, B., Okonofua, F. E. y Shah, I. H. (2006). Unsafe abortion: The preventable pandemic. *The Lancet, 368*, 1908–1919.

Guttmacher Institute. (2012). *In Brief, Series 2012, No. 3: Menstrual regulation, unsafe abortion and maternal health in Bangladesh*. Nueva York, NY: Guttmacher Institute.

Guttmacher Institute y Federación Internacional de Planificación de la Familia. (2010). *Facts on the sexual and reproductive health of adolescent women in the developing world*. Nueva York, NY: Guttmacher Institute.

Hakim-Elahi E., Tovell, M. H. y Burnhill, M. S. (1990). Complications of first-trimester abortion: A report of 170,000 cases. *Obstetrics and Gynecology, 76*(1), 129–135.

Hord, C., David, H. P., Donnay F. y Wolf, M. (1991). Reproductive health in Romania: Reversing the Ceausescu legacy. *Studies in Family Planning, 22*(4), 231–240.

Human Rights Watch (HRW). (2010). *Illusions of care: Lack of accountability for reproductive rights in Argentina*. Nueva York, NY: HRW.

Instituto Promundo, Salud y Género, Comunicação em Sexualidade (ECOS), Instituto PAPAI y World Education. (2009). *Working with young women: Empowerment, rights and health*. Rio de Janeiro, Brasil: Instituto Promundo.

Interagency Gender Working Group, Agencia de los Estados Unidos por el Desarrollo Internacional. (2010). *Gender and health toolkit*. Fuente: http://www.k4health.org/toolkits/igwg-gender

International Campaign for Women's Right to Safe Abortion. (2013). *Abortion in the criminal law: exposing the role of health professionals, the police, the courts and imprisonment internationally*. Chisinau, Moldavia: International Consortium for Medical Abortion.

International Sexuality and HIV Curriculum Working Group. (2009). *It's all one curriculum.* Nueva York, NY: Population Council.

Ipas. (2008). *AdvoKit*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas. (2009). *Explorando los roles de los hombres en las decisiones de las mujeres de interrumpir el embarazo: Una revisión del material publicado con sugerencias para la toma de acción*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas. (2010). *Guía de capacitación sobre el aborto con medicamentos*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas. (2011). *¿Qué pueden hacer los hombres para apoyar el derecho a tener opciones reproductivas?* Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas. (2013). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva* (Julio 2013 ed.). A. Mark (Ed.). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas. (2014a). *Guía de estudio sobre el aborto con medicamentos* (2a ed.). K. L. Turner (Ed.) Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas. (2014b). *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia* (2a ed.). K. L. Turner y A. Huber (Eds.). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas. (2014c). *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia* (2a ed.). K. L. Turner y A. Huber (Eds.). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas. (2014d). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva* (enero 2014). A. Mark (Ed.). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Izugbara, C. (2007). *Men, women, and abortion in Kenya: A study of lay narratives.* Nairobi, Kenia: African Population and Health Research Center.

Jejeebhoy, S. J., Kalyanwala, S., Zavier, A., Kumar, R., Mundle, S., Tank, J. y Jha, N. (2011). Can nurses perform manual vacuum aspiration (MVA) as safely and effectively as physicians? Evidence from India. *Contraception, 84*(6), 615–621.

Jewkes, R., Brown, H., Dickson-Tetteh, K., Levin, J. y Rees, H. (2004). Prevalence of morbidity associated with abortion before and after legalization in South Africa. *BMJ, 324*(7348), 1252–1253.

Jewkes, R., Rees, H., Dickson, K., Brown, H. y Levin, J. (2005). The impact of age on the epidemiology of incomplete abortions in South Africa after legislative change. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 112*(3), 355–359.

Johansson, A., Nguyen, T. N., Tran, Q. H., Doan, D.D. y Holmgren, K. (1998). Husbands' involvement in abortion in Vietnam. *Dreams and dilemmas: women and family planning in rural Vietnam*. A., Johansson (Ed.). Estocolmo, Suecia: Karolinska Institutet.

Kane, G., Galli B. y Skuster, P. (2013). *Cuando el aborto es un crimen, la amenaza para mujeres vulnerables en América Latina*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Kapparis, K. (2002). *Abortion in the Ancient World. Londres*, Reino Unido: Gerald Duckworth & Co.

Katz, J. (2013). *Violence against women–it's a men's issue*. TEDx FiDi Women. Fuente: http://www.ted.com/talks/jackson_katz_violence_against_women_it_s_a_men_s_issue

Kimport, K., Foster, K. y Weitz, T. A. (2011). Social sources of women's emotional difficulty after abortion: Lessons from women's abortion narratives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 43*(2), 103–109.

Kipp, W., Chacko, S., Laing, L. y Kabagambe, G. (2007). Adolescent reproductive health in Uganda: Issues related to access and quality of care. International *Journal of Adolescent Medicine and Health, 19*(4), 383–393.

Kristof, N. (2010, Julio 31). Another pill that could cause a revolution. *The New York Times.* Fuente: http://www.nytimes.com/2010/08/01/opinion/01kristof.html

Kumar, A. (2013). Everything is not abortion stigma. *Women's Health Issues, 23*(6), 329–331.

Kumar, A., Hessini L. y Mitchell, E. M. H. (2009). Conceptualizing abortion stigma. *Culture, Health and Sexuality, 11*(6), 625–639.

Lansdown, G. (2005). *La evolución de las facultades del niño*. Centro de Investigaciones Innocenti. Florencia, Italia: UNICEF.

Lauwers, J. y Swisher, A. (2011). *Counseling the nursing mother, a lactation consultant's guide* (5th ed.). Sudbury, MA: Jones and Barlett Learning.

Link, B. G. y Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology, 27*, 363–385.

Madden, T., Eisenberg, D. L., Zhao, G., Buckel, C., Secura, G. M. y Peipert, J. F. (2012). Continuation of the etonogestrel implant in women undergoing immediate postabortion placement. *Obstetrics & Gynecology, 120*(5), 1053–1059.

Manes, C. (2014, March 4). An open letter to all abortion advocates from a young activist. Fuente: http://rhrealitycheck.org/article/2013/01/11/an-open-letter-to-all-abortion-activists-from-young-activist/

MARIA Fund for Social Justice. http://www.fundabortionnow.org/funds/maria-fondo-de-aborto-y-justicia-social

McCulloch, L. (2011). *Legal frameworks of medical consent: Girls' and adolescent women's access to legal abortion care.* Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Documento interno.

McLauren, A. (1990). *A history of contraception*. Oxford, Reino Unido: Blackwell.

McQuoid-Mason, D. (2010). Some consent and confidentiality issues regarding the application of the Choice on Termination of Pregnancy Act to girl-children. *South African Journal of Bioethics and Law, 3*(1), 12–15.

McSmith, D., Börjesson, E., Villa, L. y Turner, K. L. (2012). *Explorando el tema de aborto: Recopilación de actividades de autorreflexión y sensibilización para audiencias internacionales.* Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

McSmith, D., Börjesson, E., Villa, L. y Turner, K. L. (2012). *Transformación de actitudes respecto al aborto: Actividades de aclaración de valores adaptadas para las mujeres jóvenes*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Medley, A., Kennedy, C., O'Reily, K. y Sweat, M. (2009). Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Education and Prevention, 21*(3), 181–206.

Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia, Gobierno Federal de India. (2013). *Rural health statistics in India 2012*. Nueva Delhi: Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia.

National Collaborating Centre for Mental Health. (2011). *Induced abortion and mental health: A systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors*. Londres, Reino Unido: Academy of Medical Royal Colleges.

Nunes, F. y Delph, Y. (1996). *Contraceptive knowledge and practice among women seeking abortions in Barbados* (Report prepared for the Pan-American Health Organization Barbados Chapter; no publicado).

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1992). *Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer, recomendación general 19*. Nueva York, NY: ONU. Fuente: http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1999). *Informe del comité especial plenario del vigésimo primer período extraordinario de sesiones de la asamblea general. Medidas clave para seguir ejecutando el programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Nueva York, NY: ONU.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2003). *Comité de los Derechos del Niño, observación general 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño*. Nueva York, NY: ONU.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2004). *World youth report 2003, the situation of girls and young women*. Nueva York, NY: ONU.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2009). *Comité de los Derechos del Niño, observación general 12: El derecho del niño a ser escuchado*. Nueva York, NY: ONU.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2011). 56 Sesión del *Comité de los Derechos del Niño, Observaciones finales: Ucrania, versión avanzada sin editar*. Nueva York, NY: ONU.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2012). *Fast facts: Statistics on violence against women and girls*. Nueva York, NY: ONU.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2013). *What are human rights?* Nueva York, NY: ONU. Fuente: http://www.ohchr.org/EN/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (1995). *Declaración y plataforma de acción de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Nueva York, NY: ONU.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* (4a ed.). Ginebra, Suiza: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008* (6a ed.). Ginebra, Suiza: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012a). *Fact sheet N°364: Adolescent pregnancy*. Ginebra, Suiza: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012b). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (2a ed.). Ginebra, Suiza: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012c). *Unsafe abortion incidence and mortality: Global and regional levels in 2008 and trends during 1990 – 2008*. Ginebra, Suiza: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS), Commonwealth Medical Association Trust y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 2006. *Orientation programme on adolescent health for health-care providers*. Ginebra, Suiza: OMS.

Patton, G. C., Coffey, C., Sawyer, S. M., Viner, R. M., Haller, D. M., Bose, K., Vos, T., Ferguson J. y Mathers, C. D. (2009). Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *The Lancet, 2009*(374), 881–892.

Pazol, K., Creanga, A. A., Zane, S. B., Burley K. B. y Jamieson, D. J. (2012). Abortion surveillance - United States, 2009. *Morbidity Mortality Weekly Report, 61*, 1–44.

Physicians for Reproductive Choice and Health. (2005). *Why I provide abortions* (3a ed.). Nueva York. NY: Physicians for Reproductive Choice and Health.

Pizarro, P., Baker, T., Chagas, J., Miranda, M. E. y Ribadeneira, N. (2007). *Freedom of choice, a youth activist's guide to safe abortion advocacy*. Ontario, Ottawa: Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights.

Pope, C. (2013). *Embracing the reproductive justice framework in the Americas* (no publicado). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Potts, M. y Campbell, M. (2002). History of contraception. *Gynecology and Obstetrics* (Vol. 6). J. J. Sciarra (Ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams y Wilkins.

Potts, M., Graff, M. y Taing, J. (2007). Thousand year old depictions of massage abortion. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 33*(4), 233–234.

Puri, M. (2002). *Sexual risk behavior and risk perception of unwanted pregnancy and sexually transmitted infection among young factory workers in Nepal*. Katmandú, Nepal: CREPHA.

Raymond, E.G. y Grimes, D. A. (2012). The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstetrics and Gynecology, 119*(2), 215–219.

Renner, R. M., de Guzman, A. y Brahmi, D. (2013). *Provision of abortion care for adolescent and young women: A systematic review*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Rentoul, R.R. (1889). *The causes and treatment of abortion*. Londres, Reino Unido: Pentland.

Riddle, J. M. (1997). *Eve's herbs: A history of contraception and abortion in the West*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Rimal, N. y Shattuck, D. (2010). *Literature review of evidence for effective peer education and outreach programs to protect sex workers from HIV.* Nairobi, Kenia: FHI360.

Ross, L. (2007). *What is reproductive justice? Reproductive justice briefing book: A primer on reproductive justice and social change*. Pro-Choice Education Project (Ed.). Nueva York, NY: Pro-Choice Education Project.

Rowbottom, S. (2007). *Giving girls today and tomorrow: Breaking the cycle of adolescent pregnancy*. Nueva York, NY: Naciones Unidas.

Save the Children. (2008). *Partnership-defined quality for youth: A process guide for improving reproductive health services through youth-provider collaboration*. Westport, CT: Save the Children.

Schreiber, C.A., Sober, S., Ratcliffe, S. y Creinin M. D. (2011). Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception, 84*(3), 230–233.

Shah, I. H y Ahman, E. (2012). Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women. *Reproductive Health Matters, 20*(39), 169–173.

Shaikh, S. (2003). Family planning, contraception, and abortion. *Sacred rights: The case for contraception and abortion in world religions*. D. C. Maguire (Ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.

Shain, R. (1986). Cross-cultural history of abortion. *Clinics in Obstetrics and Gynecology, 13*(1), 1–17.

Shostak, A., Koppel, B. y Perkins, J. (2006). Abortion clinics and waiting room men: sociological insights. *Men and abortion.* Fuente: http://www.menandabortion.com/articles.html

Shotorbani, S. (2004). Attitudes and intentions of future health care providers toward abortion provision. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 36*(2), 58–63.

Skuster, P. (2013). *Las mujeres jóvenes y el aborto: evitando barreras legislativas y políticas.* Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Steinberg, L., Cauffman, E., Woolard, J., Graham, S. y Banich, M. (2009). Are adolescents less mature than adults? Minors' access to abortion, the juvenile death penalty, and the alleged APA "flip-flop." *American Psychologist, 64*(7), 583–594.

Stephenson P., Wagner, M., Badea, M. y Serbanescu, F. (1992). The public health consequences of restricting induced abortion: Lessons from Romania. *American Journal of Public Health, 82*(10), 1328–1331.

Silliman, J., Gerber Fried, M., Ross, L. y Gutierrez, E. R. (2004). *Undivided rights: Women of color organize for reproductive justice.* Cambridge, MA: South End Press.

Svanemyr, J. y Sundby, J. (2007). The social context of induced abortions among young couples in *Côte d'Ivoire. African Journal of Reproductive Health, 11*(2), 13–23.

The Doula Project. http://www.doulaproject.org/what-is-a-doula.html

Tillett, J. (2005). Adolescents and informed consent: Ethical and legal issues. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 19*(2), 112–121.

Turner, K. L., Anderson, K. L., Pearson, E. y George, A. (2013). *Values clarification to improve abortion knowledge, attitudes and intentions: Global evaluation results.* Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Turner, Katherine L., Evelina Börjesson, Amanda Huber y Cansas Mulligan. 2012. *Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: un juego de herramientas para la capacitación*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Turner, K. L. y Chapman Page. K. (2012). *Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales.* Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Turner, K. L., Weiss, E. y Gulati-Partee, G. (2010). *Prestadores de servicios como promotores de la atención segura del aborto: Manual de capacitación*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Vlassoff M., Walker, D., Shearer, J., Newlands, D. y Singh, S. (2009). Estimates of health care system costs of unsafe abortion in Africa and Latin America. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 35*(3), 114–121.

Vlassoff M., Singh, S., Darroch, J. E. Carbone, E. y Bernstein, S. (2004). Assessing costs and benefits of sexual and reproductive health interventions. *Occasional Report No. 11*. Nueva York, NY: Guttmacher Institute.

Von Hertzen, H., Piaggio, G., Huong, N. T., Arustamyan, K., Cabezas, E., Gomez, M. y Peregoudov, A. (2007). Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomized controlled equivalence trial. *The Lancet, 369*(9577), 1938–1946.

Warriner, I. K., Meirik, O., Hoffman, M., Morroni, C., Harries, J., Huong, N. M. y Seuc, A. H. (2006). Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. *The Lancet, 368*(9551), 1965–1972.

Weitz, T. A., Taylor, D., Desai, S., Upadhyay, U. D., Waldman, J., Battistelli M. F. y Drey, E. A. (2013). Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. *American Journal of Public Health, 103*(3), 454–461.

Winikoff, B., Dzuba, I. G., Chong, E., Goldberg, A. B., Lichtenberg, E. S., Ball, C., Dean, G., Sacks, D., Crowden, W. A. y Swica, Y. (2012). Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. *Obstetrics & Gynecology, 120*(5), 1070–1076.



 www.ipas.org

 www.ipas.org/facebook

 @IpasOrg @IpasYouth @IpasLatina

 www.ipas.org/youtube

P.O. Box 9990 • Chapel Hill, NC 27515 EE. UU.
1.919.967.7052 • info@ipas.org

YTGFHP-S15